

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveiden edistämisen koulutusohjelma

Riina Forsman – Maarit Ruusu

MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN PALVELUT

ETELÄ-KYMENLAAKSON MIELENTERVEYS-, PÄIHDE- JA

PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA - PALVELUNTARJOAJAN NÄKÖKULMA

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

FORSMAN RIINA

RUUSU MAARIT

Opinnäytetyö

Työn ohjaaja

Toimeksiantaja

Huhtikuu 2012

Avainsanat

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelut Etelä-

Kymenlaakson mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa - Palveluntarjoajan näkökulma

104 sivua + 3 liitesivua

Yliopettaja Hilka Dufva

Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mietippä

perusterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asema, palvelujen kehittäminen

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle tarjottavien palvelujen nykytilaa sekä kartoittaa palveluihin liittyviä kehittämistarpeita mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon näkökulmasta Etelä-Kymenlaakson alueella. Tutkimus toimi taustatyönä Mietippä-hankkeen koordinoimassa ja toteuttamassa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian rakentamisessa vuosille 2012–2016.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena tutkimuksena. Aineisto kerättiin teemahaastattelulla kevään 2011 aikana. Haastateltavina oli yhteensä kymmenen perusterveydenhuollon, mielenterveys- sekä päihdepalveluiden esimiestä. Tutkimusaineisto analysoitiin deduktiivisen sisällön analyysin avulla.

Tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen järjestämiseen liittyy paljon haasteita. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaiseen kohteluun eri palveluissa voidaan vaikuttaa kehittämällä matalan kynnyksen palveluvaihtoehtoja perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin. Työntekijöiden osaamista ja palvelujen välisiä konsultointimahdollisuuksia kehittämällä pystytään palvelun tarpeeseen vastaamaan paremmin siinä palvelussa johon asiakas ensisijaisesti ottaa yhteyttä. Samalla asiakkaan tiedonsaanti ja osallisuus omassa hoidossa vahvistuvat. Parhaimmillaan voidaan puhua asiakkaan ja työntekijän välisestä dialogista, jossa asiakkaan osallisuuden toteutumisen kautta työntekijän osaaminen lisääntyy ilman tieteellisen tiedon ja kokemuseräisen tiedon vastakkainasettelua. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian linjausten seurannassa, arvioinnissa ja päivityksessä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master Level Programme in Health Promotion

FORSMAN, RIINA

RUUSU, MAARIT

Services for Mental Health Clients and Substance Abusers
in Mental Health, Substance Abuse and Primary Health
Care of South Kymenlaakso. Service Provider's Perspec-
tive

Master's Thesis

104 pages + 3 pages of appendices

Supervisor

Hilkka Dufva, Principal Lecturer

Commissioned by

Mietippä -project

April 2012

Keywords

primary health care, mental health services, substance
abuse services, status of mental health clients and sub-
stance abusers, development of services

The purpose of this study was to examine mental health and substance abuse services provided for clients as well as to survey the current state of service-related development needs of mental health, substance abuse and primary health care from the perspective of South Kymenlaakso region. It was also background work for building up the South Kymenlaakso mental health and substance abuse strategy for the years 2012 - 2016 coordinated and implemented by the Mietippä –project.

The study was conducted as a qualitative one. The data was collected during the spring of 2011 by interviewing ten managers of primary health care, mental health and substance abuse services. The interviews were analyzed by using deductive content analysis.

The results of the study indicate that there is plenty of challenge in arranging mental health and substance abuse services. The equal treatment of mental health and substance abuse clients in various services can be influenced by developing low threshold service options for primary health care and mental health services. By improving employees' skills and consultation opportunities between services, the requirements can be met better in the service the client first contacts. At the same time the client's information and involvement in their own treatment will be strengthened. In the best case scenario, there is a dialogue between the client and the employee in which the implementation of the client's involvement improves the employee's skills without any scientific knowledge and empiric data confrontation. The findings of this study can be utilized in monitoring, evaluating and updating South Kymenlaakso mental health care and substance abuse strategies.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ	8
2.1	Perusterveydenhuollon palvelut	9
2.1.1	Perusterveydenhuollon palveluihin liittyvä lainsäädäntö	10
2.1.2	Etelä-Kymenlaakson perusterveydenhuollontilastoja	12
2.2	Mielenterveyspalvelut	14
2.2.1	Mielenterveyspalveluihin liittyvä lainsäädäntö	16
2.2.2	Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilastoja	18
2.3	Päihdepalvelut	20
2.3.1	Päihdepalveluihin liittyvä lainsäädäntö	22
2.3.2	Etelä-Kymenlaakson päihdetilastoja	23
3	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN ASEMA	29
3.1	Mielenterveys- ja päihdeongelma kaksoisdiagnoosina	29
3.2	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen järjestäminen	31
3.3	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asema palvelujärjestelmässä	33
3.3.1	Palveluihin pääsy ja palvelujen saaminen	33
3.3.2	Asiakkaan tiedonsaanti	34
3.3.3	Asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa	35
3.4	Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen kehittäminen	36
3.4.1	Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma	37
3.4.2	Kaste-ohjelma	38
3.4.3	Mietippä-hanke	39
4	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSONGELMAT	41

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT	43
5.1 Tutkimuksen lähestymistapa	43
5.2 Teemahaastattelu aineiston hankintamenetelmänä	45
5.3 Aineiston hankkiminen ja tiedonantajat	46
5.4 Aineiston käsittely ja sisällönanalyysi	47
6 TUTKIMUSTULOKSET	49
6.1 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen nykytila	49
6.1.1 Palveluihin pääsy	49
6.1.2 Palvelujen saaminen	52
6.1.3 Osallisuus	55
6.1.4 Tiedonsaanti	57
6.1.5 Terveystieteidenhuoltolaki	62
6.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittäminen	63
6.2.1 Palveluihin pääsy	63
6.2.2 Palvelujen saaminen	66
6.2.3 Osallisuus	69
6.2.4 Tiedonsaanti	72
6.2.5 Alueelliset hyvät käytännöt	75
6.2.6 Yhteistyön kehittäminen	76
6.2.7 Alueelliset haasteet ja tarpeet	79
7 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	82
7.1 Tulosten tarkastelua palvelujen nykytilasta	82
7.2 Tulosten tarkastelua palvelujen kehittämisestä	86
7.3 Tutkimuksen luotettavuus	92
7.4 Tutkimuksen eettisyys	95
7.5 Päätelemät ja jatkotutkimusehdotukset	95
LÄHTEET	100
LIITTEET	105
Liite 1. Teemahaastattelurunko	
Liite 2. Aikaisemmat tutkimukset	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen esiintyvyys on yleistynyt ja sitä kautta näillä ongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja -taloudellinen merkitys. Tähän kasvavaan haasteeseen vastaamaan on luotu kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma, jossa ensimmäistä kertaa linjataan valtakunnallisella tasolla mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä yhdessä. Mieli 2009 -työryhmän laatimassa suunnitelmassa on neljä painopistealuetta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015: asiakkaan aseman vahvistaminen palvelujärjestelmässä, mielenterveys- ja päihdeongelmien ennaltaehkäisy, palvelujen järjestäminen asiakkaan kannalta toimivaksi kokonaisuudeksi ja ohjauskeinojen kehittäminen. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 15–16.)

Kunta- ja palvelurakenteen uudistuksen tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveyspalvelut. Tämä vaatii toimivaa ja eheää kuntarakennetta, kuntien välistä yhteistyötä, palvelurakenteiden vahvistamista ja palveluiden järjestämistä nykyistä laajemmalla väestöpohjalla sekä uusia toimintatapoja. (Laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta 169/2007.)

Kaste eli sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma vuosille 2008–2011 on ollut sosiaali- ja terveysministeriön lakisäätöinen ja strateginen ohjausväline valtakunnallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan johtamiseen. Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistyö sekä sosiaali- ja terveysministeriön ja sen alaisten laitosten toimenpiteet toteuttavat käytännössä Kaste-ohjelmaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtionavustuksilla tuetaan kuntien kehittämistyötä ja Suomessa on viime vuosina käynnistynyt viisi suurta mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen hankekokonaisuutta, joille on myönnetty valtionavustusta yhteensä 14 miljoonaa euroa. Yksi näistä hankkeista on Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avain. (Partanen, Moring, Nordling & Bergman 2010, 72–73.)

Tämä opinnäytetyö on osa Etelä-Kymenlaakson alueella vuonna 2010 käynnistynyttä Mietippä-hanketta, jossa hankealueena ovat Hamina, Kotka, Pyhtää, Miehikkälä ja Virolahti. Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mietippä on Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mielen avaimen osahanke. Mietippä-hankkeen tavoitteena on edistää eteläkymenlaaksoalaisten mielenterveyttä ja päihteiden käytön vähenemistä parantamalla mielenterveys-

ja päihdeasiakkaiden avun saantia ja osallisuutta sekä ehkäisemällä syrjäytymistä. Hankkeen mielenterveys- ja päihdestrategiatyön kautta linjataan hankealueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämistyötä vuosille 2012–2016.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia mielenterveys- ja päihdeasiakkaalle tarjottavien palvelujen nykytilaa ja kartoittaa palveluihin liittyviä kehittämistarpeita mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon näkökulmasta Etelä-Kymenlaakson alueella. Tutkimus toimii taustatyönä Mietippä-hankkeen koordinoimassa ja toteuttamassa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategiatyössä. Valtakunnalliset mielenterveys- ja päihdetyön suositukset tukevat kuntien mielenterveys- ja päihdestrategioiden yhdistämistä ja samalla palvelujen järjestämistä asiakkaan kannalta joustavasti toimivaksi, kynnyksettömäksi kokonaisuudeksi. Opinnäytetyön aihe on näin ollen myös yhteiskunnallisesti ajankohtainen. Tämän palvelujen tarjoajien näkökulmaa kartoittavan opinnäytetyön lisäksi Mietippä-hankkeelle tehdään kolme opinnäytetyötä, jotka tarkastelevat asiakas-, omais- ja kuntalaisnäkökulmia mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemassa ja palveluissa.

Tämän opinnäytetyön aiheen valintaan vaikutti oman kiinnostuksemme lisäksi myös työssämme kohdatut kokemukset mielenterveys- ja päihdeasiakkaista, jotka ovat palvelujärjestelmän väliinputoajia. Kokemuksiemme perusteella työntekijät tai viranomaiset eivät usein ole tietoisia siitä, kenen vastuulle asiakkaan hoito lopulta kuuluu. Tekemällä opinnäytetyömme alueelliseen hankkeeseen saimme olla mukana tuomassa tutkimuksellista näyttöä Etelä-Kymenlaakson päihde- ja mielenterveysstrategian rakentamiseen sekä palvelujen kehittämiseen.

Tämän opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen keskeisiä käsitteitä ovat perusterveydenhuolto, mielenterveyspalvelut, päihdepalvelut, mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asema sekä palvelujen kehittäminen. Opinnäytetyön tutkimusosa on kvalitatiivinen ja aineisto on kerätty teemahaastatteluilla haastatteleamalla perusterveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen esimiehiä kevään 2011 aikana.

2 SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON PALVELUJÄRJESTELMÄ

Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittymiseen on vaikuttanut yhteiskunnallisen työnjaon kehittyminen ja sitä kautta perheiden sekä sukujen yhteiskunnallinen rooli. Yhteiskunnallisen työnjaon muuttumisen seurauksena perheen ja suvun vähentynyt huolenpitoikyky on korvattu yhteiskunnan järjestämällä sosiaali- ja terveystalveluilla. Monien yhteiskunnallisten instituutioiden rooli (esim. kirkon rooli) ja muutokset ovat vaikuttaneet sosiaali- ja terveystalvelujen järjestämiseen. (Lehto, Kananoja, Kokko, & Taipale 2001, 12.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kehittymisellä on laajat perinteet osana sosiaali- ja terveystalvitiikan kehitystä Suomessa. Monien terveystalvelujen historia on alkanut pienelle ja hyväosaiselle väestönosalle tuotetuista yksityisistä talveluista. Monet sosiaaltalvelut taas ovat käynnistyneet tilanteissa, joissa ihmisten itsemääräämisoikeus on ollut minimoitu. (Taipale ym. 2004, 46.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeinen osa on sosiaali- ja terveystalvelut. Talveluja voivat tuottaa kunnat, järjestöt, säätiöt, yksityiset yritykset tai yksittäiset ammatinharjoittajat. Talvelu käsitteenä kuvaa sosiaali- ja terveydenhuollon talvelujen järjestämistä niin, että toiminta perustuu potilaan tai asiakkaan ilmaisemaan avun tarpeeseen hänen toivomallaan tavalla. Talvelujärjestelmän tavoitteena on talvelujen tarjoaminen asiakkaan ehdoilla. On kuitenkin huomioitava, että sosiaali- ja terveydenhuollossa on myös sellaisia talveluja, joita tarjotaan toisten ihmisten suojelemiseksi ja tällöin asiakkaan ehdoilla toimiminen hankaloituu. (Taipale ym. 2004, 50.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon talveluita tullaan tulevaisuudessa toteuttamaan entistä laajemmin seudullisena yhteistyönä. Lain kunta- ja talvelurakenneuudistuksesta tavoitteena on elinvoimainen ja toimintakykyinen sekä eheä kuntarakenne, jonka kautta varmistetaan koko maassa laadukkaat ja asukkaiden saatavilla olevat talvelut. Lain mukaisia järjestelyjä suunniteltaessa ja toteutettaessa on otettava huomioon kuntalaisten perusoikeudet ja yhdenvertaisuus sekä osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuudet. (Laki kunta- ja talvelurakenneuudistuksesta 2007/169 1.§.)

Kuntarakennetta vahvistetaan yhdistämällä kuntia ja liittämällä osia kunnista toisiin kuntiin. Kuntajaon muutokset toteutetaan kuntajakolain (1196/1997) mukaisesti. Talvelurakenteita vahvistetaan kokoamalla kuntaa laajempaa väestöpohjaa edellyttäviä

palveluja ja lisäämällä kuntien yhteistoimintaa. (Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 2007/169 4.§.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen järjestämistä hallitaan Suomessa melko väljällä lainsäädännöllä. Toimijoita löytyy pienistä kunnista laajoihin kuntayhtymiin ja yksityisiin palveluntarjoajiin. Mielenterveyspalvelut ovat suurelta osin terveydenhuollon vastuulla ja päihdepalvelut sosiaalihuollon vastuulla. Eri toimijoiden välille on kuitenkin muodostunut rajapintoja, jotka ovat aiheuttaneet palvelujärjestelmien väliinputoamista. (Partanen ym. 2010, 5.)

Kunnilla tai niiden muodostamilla kuntayhtymillä on lain mukaan ensisijainen vastuu sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä niihin kuuluvien mielenterveyspalvelujen ja päihdepalvelujen tuottamisesta. Kunnat voivat varsin itsenäisesti päättää myös muiden kuin lakisääteisten peruspalvelujen järjestämisestä. Mielenterveys- ja päihdetyöhön onkin annettu laatusuosituksia joilla pyritään mm. palvelujärjestelmän laadun yhtenäistämiseen eri kunnissa ja kuntayhtymissä. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 25, 41.)

2.1 Perusterveydenhuollon palvelut

Suomessa vastuu sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on kunnilla. Palveluiden ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Terveydenhuollon palvelut jaetaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Terveyskeskukset ja -asemat tuottavat perusterveydenhuollon palveluita. (Alkio 2011, 43.) Perusterveydenhuolto vastaa yleisten terveysongelmien hoidosta, sairauksien ennaltaehkäisystä ja varhaisesta tunnistamisesta sekä terveyden edistämisestä (Taipale ym. 2004, 141). Terveyspalveluiden rahoituksesta vastaavat kunnat ja valtio. Valtio jakaa kunnille vuosittain terveyspalveluihin käytettävää valtionosuutta. Uusi laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta tuli voimaan vuoden 2010 alusta. (Alkio 2011, 43–44.)

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä pohjautuu 1950-luvulla laajentuneeseen sairaalajärjestelmään ja 1970-luvulla kehittyneeseen terveyskeskusjärjestelmään. Perusterveydenhuolto pohjautuu 1972 säädettyyn kansanterveyslakiin, jossa on perusteltu kunnalliset terveyspalvelut. Sen mukaan kunnan tehtävänä perusterveydenhuollossa on terveysneuvonnan tarjoaminen, kunnan asukkaiden sairaanhoito- ja kuljetus, hammashuolto, kouluterveyden- ja työterveyshuolto, kiireellinen avosairaanhoito sekä seulonnat ja joukkotarkastukset. (Muurinen, Nenonen, Wilschman, Agge 2010, 15–16.)

Perusterveydenhuolto vastaa myös mielenterveydenhoitoon liittyvistä ensivaiheen tutkimuksista ja asiakkaan hoidon aloittamisesta. Mielenterveysongelmissa hakeudutaan yleensä ensin omalääkärin vastaanotolle, jolloin selvitetään asiakkaan avuntarve. Hoito voidaan joko aloittaa tai toteuttaa kokonaan perusterveydenhuollossa lääkäri vastuista. (Heikkinen-Peltonen 2008, 56.) Perusterveydenhuollossa toteutettavat päihdepalvelut liittyvät päihteiden käytön tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelman arviointiin sekä jatkohoitoon ohjaukseen ja päihteiden käytöstä aiheutuneiden somaattisten oireiden hoitoon (Havio ym. 2008, 100).

Terveystenhuoltojärjestelmä ei yksin pysty vastaamaan kaikkia tyydyttävään palvelujen saatavuushaasteeseen. Julkiset sekä yksityiset järjestelmät luovat tai sallivat vaihtoehtoisia rahoitus- ja jakelujärjestelmiä. Suomessa saatavuuspaineita tasaavat osittaisella valtion tuella vaihtoehtoiset jakelukanavat, joita ovat työterveyshuolto sekä yksityiset palveluntuottajat. (Lillrank & Venesmaa 2010, 73.)

Perusterveydenhuollon palvelujen saatavuus ilmiönä on hoitoon hakeutumisen, pääsemisen tai joutumisen tapahtumasarja. Se edellyttää asiakkaan ja palveluntuottajan vuorovaikutusta. Palvelujen saatavuuteen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa kysyntä- eli asiakaslähtöisiin ja tarjonta- eli tuottajalähtöisiin tekijöihin sekä näiden väliseen vuorovaikutukseen. Kysyntäpuolen saatavuusongelmiin voidaan vaikuttaa kysynnän hallinnalla, ohjauksella, seulonnalla, koulutuksella ja yleisellä valistuksella. (Lillrank & Venesmaa 2010, 74–75.)

2.1.1 Perusterveydenhuollon palveluihin liittyvä lainsäädäntö

Kansanterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä toimialueellaan. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Kansanterveystyön sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (1326/2010). Kansanterveystyöstä voidaan käyttää myös nimitystä perusterveydenhuolto (KTL 66/1972).

Laki kansanterveislain muuttamisesta tarkoittaa, että kansanterveislakiin (66/1972) on vuonna 2004 lisätty uusi 15 b §. Siinä säädetään, että terveyskeskuksen tulee järjestää toimintansa siten, että potilas voi saada arkipäivisin virka-aikana välittömästi yh-

teyden terveystakeskukseen. Terveystenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyden terveystakeskukseen, jollei arviota ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi on aloitettava kolmen viikon kuluessa siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Kiireelliseen hoitoon on kuitenkin päästävä välittömästi. Jos terveystakeskus ei voi itse antaa hoitoa enimmäisaikojen puitteissa, on sen järjestettävä hoito hankkimalla se muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveystenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain (733/1992) 4. §:n mukaisesti. (Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004.)

Terveystenhuoltolakia sovelletaan kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989) säädetyn kunnan järjestämisvastuuseen kuuluvan terveystenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön, jollei muussa laissa toisin säädetä. Terveystenhuoltoon sisältyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido. (Terveystenhuoltolaki 2010/1326.)

Terveystenhuoltolakiin (1326/2010) on tehty muutoksia, jotka ovat astuneet voimaan 1.5.2011. Tämän uuden terveystenhuoltolain myötä kansalaisten valinnanvapaus lisääntyi niin hoitopaikan, kuin hoitohenkilöstönkin suhteen. Lain myötä asiakas voi vapaammin valita sen terveystenhuollon toimintayksikön, jossa häntä hoidetaan. Lisäksi potilaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa korostetaan. Uuden terveystenhuoltolain tavoitteena ovat asiakaskeskeiset ja saumattomat palvelut. Laki vahvistaa perusterveydenhuoltoa, hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä sekä edistää terveystpalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuottamista. Lailla varmistetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tiivis yhteistyö ja asiakaskeskeisyys. Uudessa laissa on useita kuntien ja sairaanhoitopiirien toimintaan vaikuttavia muutoksia, joiden tavoitteena on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. (Terveystenhuoltolaki ja sen toimeenpano, 2012.)

Terveystenhuoltolain mukaan kunnan on järjestettävä alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveysttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveysttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Tarpeellinen päihde-työ on järjestettävä myös kunnan asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Sen tarkoituksena on vahvistaa yksilön ja yhteisön päihteettömyyttä suojaavia tekijöitä sekä vähentää tai poistaa päihteisiin liittyviä terveyttä ja turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 27.–28. §.)

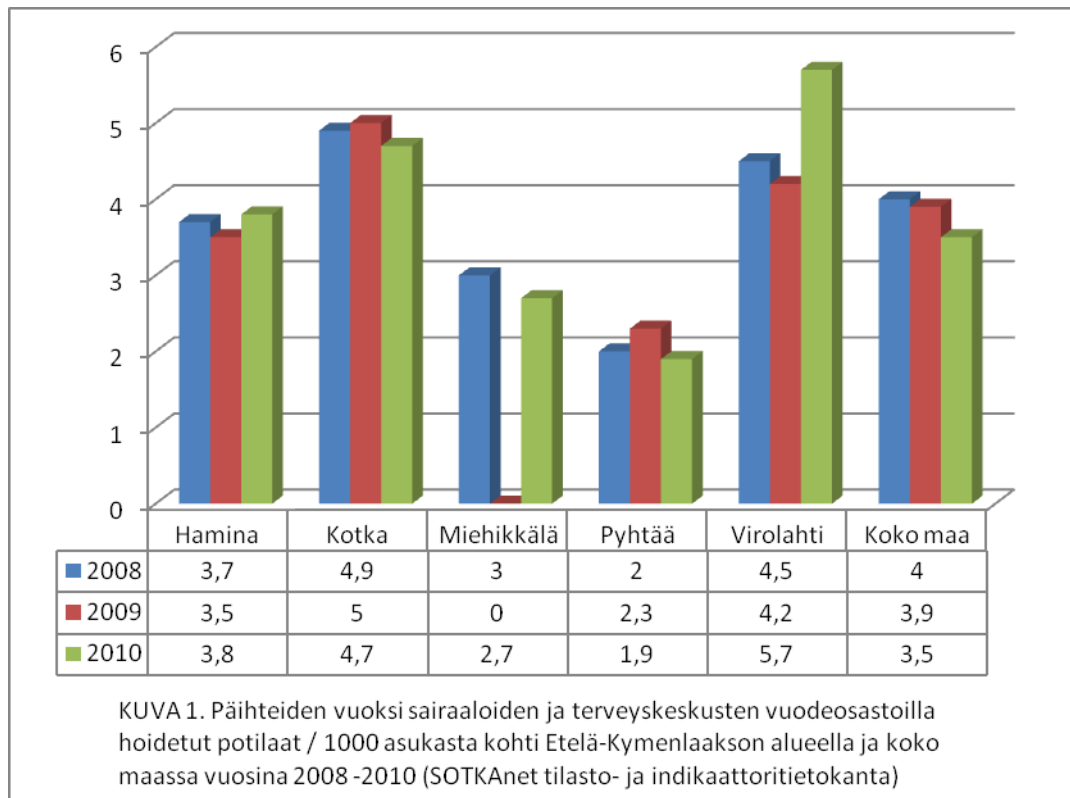
Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä. Laki määrittelee mm. potilaan oikeudet hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, pääsyn hoitoon, oikeuden muistutuksen tekoon ja potilasasiamieheen sekä luvun potilasasiakirjoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista terveydenhuollossa 1992/785.)

Henkilötietolain tarkoituksena on toteuttaa yksityiselämän suojaa ja muita yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä sekä edistää hyvän tietojenkäsittelytavan kehittämistä ja noudattamista. (Henkilötietolaki 1999/523.) Lain sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä (159/2007) tarkoituksena on edistää sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen tietoturvallista sähköistä käsittelyä. Lailla toteutetaan yhtenäinen sähköinen potilastietojen käsittely- ja arkistointijärjestelmä terveydenhuollon palvelujen tuottamiseksi potilasturvallisesti ja tehokkaasti sekä potilaan tiedonsaantimahdollisuuksien edistämiseksi. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.)

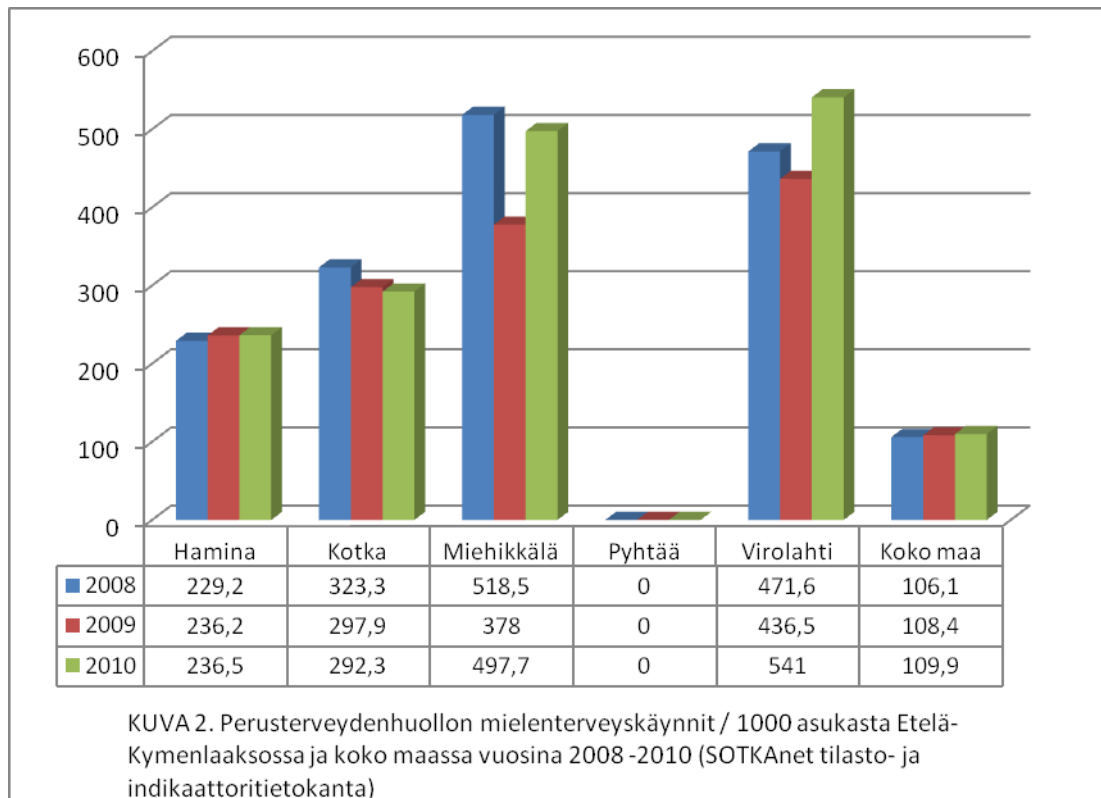
Lain terveydenhuollon ammattihenkilöistä tarkoituksena on edistää potilasturvallisuutta sekä terveydenhuollon palvelujen laatua varmistamalla, että tässä laissa tarkoitetulla terveydenhuollon ammattihenkilöllä on ammattitoiminnan edellyttämä koulutus, muu riittävä ammatillinen pätevyys ja ammattitoiminnan edellyttämät muut valmiudet. Järjestämällä terveydenhuollon ammattihenkilöiden valvonta terveyden- ja sairaanhoidossa, sekä helpottamalla ammatillisesti perusteltua terveydenhuollon ammattihenkilöiden yhteistyötä ja tarkoituksenmukaista käyttöä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 1994/559.)

2.1.2 Etelä-Kymenlaakson perusterveydenhuollon tilastoja

Seuraavissa kuvissa 1 ja 2 on tarkasteltu Etelä-Kymenlaakson perusterveydenhuollon päihdehoitoja ja mielenterveyskäyntejä verrattuna koko maan tilanteeseen.



Kuvan 1 indikaattori ilmaisee vuoden aikana alkoholi-, huumausaine-, lääkeaine- tai korvikkeet päädiagnooseilla sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidossa olleiden lukumäärän tuhatta asukasta kohti (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012). Huolimatta siitä, että alueella on kattavia päihdehuollon palveluja, on sairaaloiden ja terveyskeskusten vuodeosastoilla hoidettujen määrä etenkin Kotkassa ja Virolahdella suhteellisen korkea verrattuna koko maan lukuihin. Tilanne kertoo mm. päihteiden käytön aiheuttamien sairauksien määrästä ja vaikeusasteesta alueella.



Kuvan 2 indikaattori ilmaisee perusterveydenhuollon mielenterveyskäyntejä, jotka sisältävät terveyskeskusten mielenterveystoimistossa tehdyt lääkärikäynnit ja käynnit muun ammattihenkilökunnan luona. Perusterveydenhuollon avohoidon käynteinä tilastoidaan potilaiden terveyden- ja sairaanhoitokäynnit vastaanotoilla ja lääkärin tai muun henkilökunnan suorittamat käynnit asiakkaan tai potilaan luona. Terveyskeskuksen vastaanotoilla toteutuneet mielenterveysasioihin liittyneet käynnit kirjautuvat avohoidon vastaanottokäynneiksi, joten ne eivät sisälly mielenterveyskäyntien tilastoihin. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

Mielenterveyskäynnit perusterveydenhuollossa ovat hankealueella moninkertaisia verrattuna koko maan tilanteeseen. Tilasto kertoo mielenterveysongelmien yleisyydestä ja mielenterveyspalvelujen tarpeellisuudesta alueella. Esimerkiksi Miehikkälässä on nähtävissä korkeat perusterveydenhuollon mielenterveyskäynnit ja toisaalta alhaiset psykiatrian hoitojaksot ja -päivät (ks. kuva 3 ja kuva 4), jotka voivat kuvata hoidon painottumista mielenterveyspalveluihin tai niiden tehokkuutta alueella.

2.2 Mielenterveyspalvelut

Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisen kasvun edistämistä sekä mielisairauksien ja

muiden mielenterveyden häiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön liittyy väestön elinolosuhteiden kehittäminen niin, että ne ennaltaehkäisevät mielenterveyden häiriöiden syntyä, edistävät mielenterveystyötä ja tukevat mielenterveyspalvelujen järjestämistä. (Nopari, Kiiltomäki, & Pesonen 2007, 120.)

Mielenterveystyön kokonaisuuden muodostavat mielenterveyden edistäminen, häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus. Ehkäisevä mielenterveystyö on toimintaa, josta valtaosa toteutuu lääketieteellisten perustein toteutettavien mielenterveyspalveluiden ulkopuolella. Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn tulisi panostaa nykyistä enemmän, sillä mielenterveydenhäiriöt ovat merkittävä kansantautiryhmä. Voimavarojen painopistettä tulisi siirtää mielenterveyttä edistävään ja häiriöitä ehkäisevään toimintaan. Ehkäisevän mielenterveystyön kustannustehokkuudesta ja vaikuttavien interventioiden kustannushyödytystä on olemassa kansainvälisiin tutkimuksiin perustuvaa näyttöä. (Stengård, Savolainen, Sipilä & Nordling 2009, 8–10.)

Mielenterveyspalveluiden järjestäminen on lainsäädännössä määritelty kuntien vastuulle. Kunnat voivat tuottaa mielenterveyspalvelut omana toimintana tai ostaa palvelut muilta tuottajilta. (Pirkola & Sohlman 2005, 1.) Mielenterveyspalveluiden tulee olla helposti tavoitettavia ja jokaisen kunnan asukkaana saatavissa. Mielenterveyslain mukaan palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohoitona niin, että samalla tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista. (Heikkinen-Peltonen, Innamaa & Virta 2008, 55.)

Palvelujärjestelmän yhtenäisistä lainsäädännöllisistä lähtökohdista huolimatta mielenterveyspalvelujen rakenteessa, laadussa ja saatavuudessa on suuria alueellisia eroja. Palveluja tarjoavat julkinen, yksityinen ja kolmas sektori sekä omaishoitajat ja vapaaehtoistoimijat kirjavin periaattein. Mielenterveyspalvelujen järjestämisessä tulisikin varmistua siitä, että palveluista muodostuisi toiminnallinen kokonaisuus, joka edistäisi asiakkaiden oma-aloitteista hoitoon hakeutumista sekä itsenäistä suoriutumista. (Nopari ym. 2007, 9, 121.)

Julkisia mielenterveyspalveluita täydentävät ja korvaavat yksityiset mielenterveyspalvelut sekä kolmas sektori. Osalla näistä toimijoista on pitkät perinteet ja vakiintunut asema mielenterveystyössä. Yksityiset toimijat ovat perustaneet erilaisia hoito- ja kuntoutusyksiköitä sekä tuettuja asumispalveluita mielenterveyskuntoutujille. Lisäksi yk-

sityiset psykiatrit, psykologit ja muut terapeutit tuottavat mielenterveyspalveluita, joita mm. kunnat, Kela ja yksityiset asiakkaat voivat ostaa. Yksityisiä palveluja tarvitaan julkisten palvelujen riittämättömyyden takia. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 59.)

Mielenterveyspalveluja on olemassa hyvin laajasti eri elämäntilanteisiin liittyvistä tuki- ja neuvontapalveluista vaikeasti sairastuneiden tiiviisiin ja vaativiin hoitoihin. Palveluiden tarjonta ja tarve vaikuttavat toisiinsa hyvin monimutkaisin tavoin. Palveluiden tarjonnan muutosten perusteella ei juuri voida tehdä johtopäätöksiä tarpeiden tai erityisesti niiden taustalla mahdollisesti olevien ongelmien tai häiriöiden esiintyvyydestä. Palvelujen tarpeet määräytyvät monien tekijöiden summana eikä esimerkiksi suoraan häiriöiden esiintyvyyden mukaan. (Pirkola & Sohlman 2005, 9.)

2.2.1 Mielenterveyspalveluihin liittyvä lainsäädäntö

Kansanterveyslain (66/1972) mukaisesti kunnan tulee huolehtia kansanterveystyöstä. Kansanterveystyöhön on sisällytetty mm. mielenterveyspalvelut. Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä kaikkea niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen. (Harjajärvi, Pirkola & Wahlbeck 2006, 15.) Kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki on uudistettu uudeksi terveydenhuoltolaiksi (1326/2010) 1.5.2011 alkaen (Laitila & Järvinen, 2009, 6).

Erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) säädellään erikoissairaanhoidon ja siihen liittyvän toiminnan järjestämistä (Harjajärvi, ym. 2006, 15). Kunnan on huolehdittava siitä, että sen asukkaat saavat tarpeellisen erikoissairaanhoidon terveydenhuoltolain mukaisesti. Tämän velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään. Erikoissairaanhoidon palvelujen ja toiminnan sisällöstä säädetään terveydenhuoltolaissa (Erikoissairaanhoitolaki 1326/2010, 3.§; Terveydenhuoltolaki 2010/1326).

Kunnan on järjestettävä asukkaidensa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarpeellinen mielenterveystyö, jonka tarkoituksena on yksilön ja yhteisön mielenterveyttä suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä mielenterveyttä vaarantavien tekijöiden vähentäminen ja poistaminen. Terveydenhuollossa tehtävä mielenterveystyö on suunniteltava ja toteutettava siten, että se muodostaa toimivan kokonaisuuden kunnassa tehtävän sosiaali- ja terveydenhuollon kanssa. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326, 27. §.)

Mielenterveyslaki on niin sanottu puitelaki, jossa määritellään mielenterveystyön käsitteet, sisältö, valvonta, järjestämisvastuu ja palvelujen järjestämisperiaatteet. Mielenterveysasetuksessa (1247/1990) annetaan säännöksiä mielenterveystyön tarkemmasta sisällöstä ja järjestämisestä (Harjajärvi ym. 2006, 15). Kunnan tulee huolehtia alueellaan laissa tarkoitettujen mielenterveyspalvelujen järjestämisestä osana kansanterveystyötä siten kuin terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään ja osana sosiaalihuoltoa siten kuin sosiaalihuoltolaissa (710/1982) säädetään. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

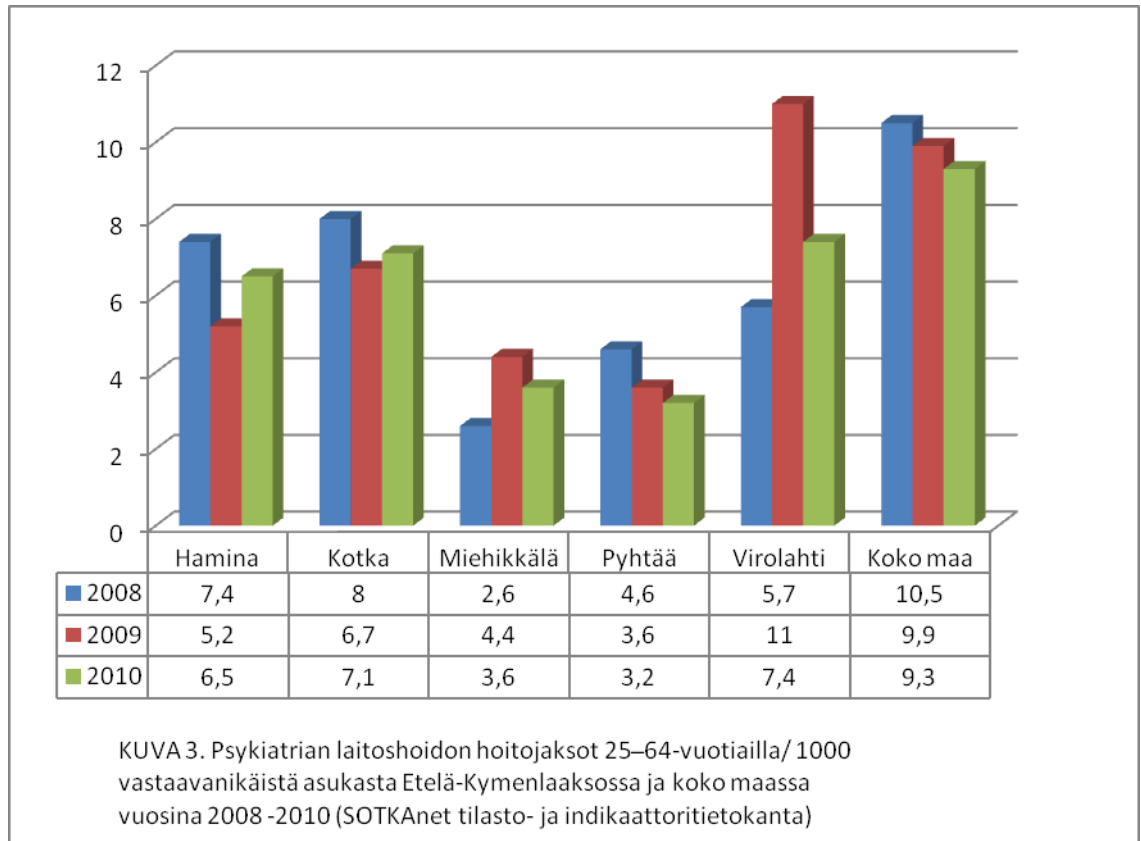
Lakia potilaan asemasta ja oikeuksista sovelletaan potilaan asemaan ja oikeuksiin terveyden- ja sairaanhoitoa järjestettäessä, jollei muussa laissa toisin säädetä. Potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Hoitoon pääsyn ajankohdasta tai sen mahdollisesta muuttumisesta on aina ilmoitettava potilaalle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 3. §.)

Tiedonsaantioikeuden mukaisesti potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä tai potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 5. §.)

Mielenterveystyön yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ohjaa sosiaali- ja terveysministeriön alaisena aluehallintovirastojen toimintaa niiden toimintaperiaatteiden, menettelytapojen ja ratkaisukäytäntöjen yhdenmukaistamiseksi mielenterveystyön ohjauksessa ja valvonnassa. (Mielenterveyslaki 1990/1116.)

2.2.2 Etelä-Kymenlaakson mielenterveystilastoja

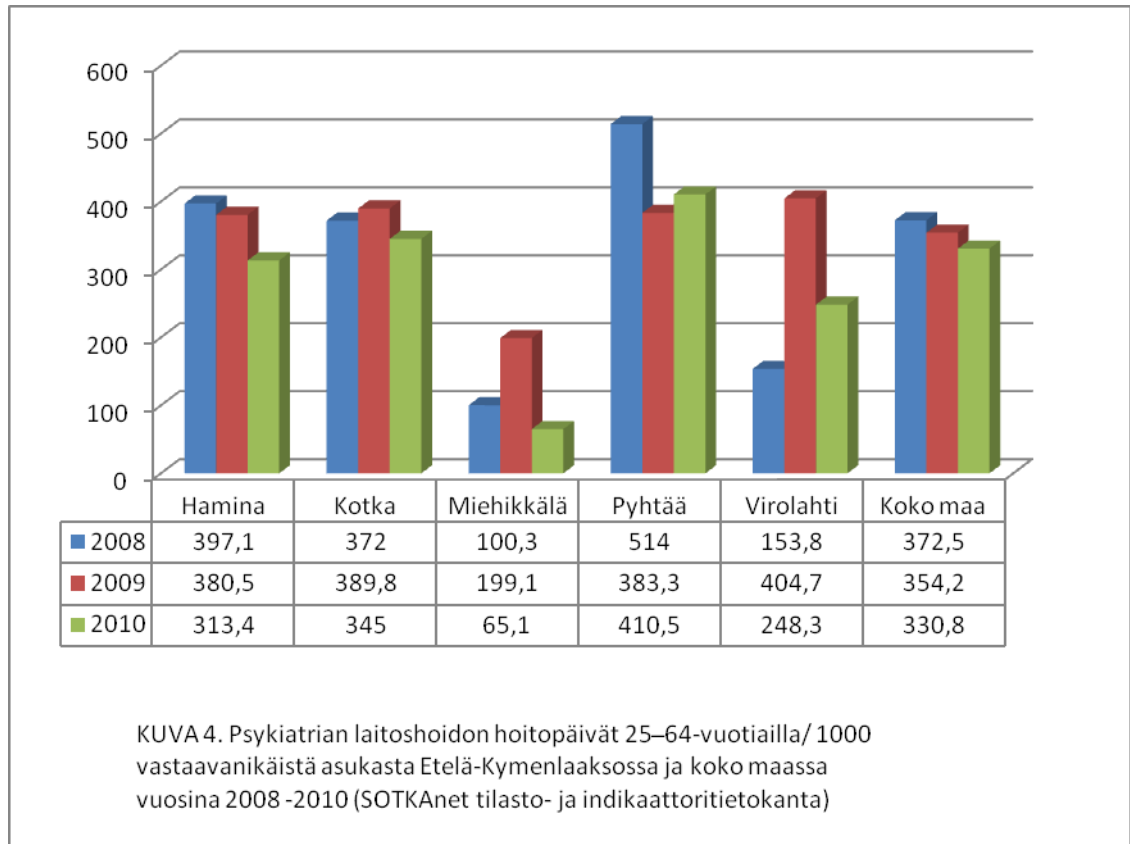
Kuvissa 3 ja 4 on tarkasteltu Etelä-Kymenlaakson psykiatrian laitoshoidojaksoja ja laitoshoidon hoitopäiviä verrattuna koko maan tilanteeseen.



Kuvan 3 indikaattori ilmaisee vuoden aikana kaikkien psykiatrisessa sairaalassa hoitoa saaneiden potilaiden hoitajaksojen lukumäärän tuhatta asukasta kohti. Väestötietona on käytetty keskväkilukua. Mukana ovat kaikki psykiatrian erikoisalan vuodeosastot julkisella sektorilla (kunnat, kuntayhtymät ja valtio). Indikaattori kuvaa jossain määrin psyykkistä sairastavuutta, mutta etenkin psykiatristen sairaaloiden palveluiden käyttöä. Tähän vaikuttavia tekijöitä ovat sairastavuuden lisäksi väestön ikärakenne, palveluiden tarjonta, hoitokäytännöt (etenkin hoidon porrastus) sekä hoitoon hakeutumisen kynnys. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

Kuvasta 3 voidaan nähdä, että psykiatrian laitoshoidon hoitajaksojen lukumäärä kulkee maan keskiarvon alapuolella vuosien 2008–2010 tarkasteluajanjaksolla Etelä-Kymenlaaksossa. Koko maan tasolla laitoshaksojen lukumäärä on lähtenyt vuodesta 2008 lähtien pieneen laskuun. Etelä-Kymenlaakson kunnissa voidaan nähdä vuositt-

taista nousua ja laskua hoitojaksojen määrissä, eikä selkeää suuntaa ole näin ollen nähtävissä.



Kuvan 4 indikaattori ilmaisee vuoden aikana kaikkien psykiatrisessa sairaalassa hoidettujen potilaiden hoitopäivien lukumäärän tuhatta asukasta kohti. Väestötietona on käytetty keskiväkilukua. Mukana ovat kaikki psykiatrian erikoisan vuodeosastot julkisella sektorilla (kunnat, kuntayhtymät ja valtio). Hoitopäivät vuoden aikana sisältävät kalenterivuodelle osuvat hoitopäivät. Hoitopäivät saadaan lähtöpäivän (tai 31.12.) ja tulopäivän (tai 1.1.) erotuksena, joten lähtöpäivä ei tule mukaan. Jos lähtö- ja tulopäivä ovat samat, hoitopäivien lukumäärä on yksi. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

Kuvan 4 indikaattori kuvaa jossain määrin psyykkistä sairastavuutta ko. ikäryhmässä, mutta etenkin psykiatristen sairaaloiden palveluiden käyttöä alueellisesti ja koko maan tasolla. Siihen vaikuttavia tekijöitä ovat sairastavuuden lisäksi väestön ikärakenne, palveluiden tarjonta, hoitokäytännöt (etenkin hoidon porrastus) sekä hoitoon hakeutumisen kynnys. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

Kuvasta 4 voidaan nähdä, että suurimmat kunnat ovat melko lähellä maan keskiarvoa. Esimerkiksi Pyhtäällä on hoitopäiviä suhteellisen paljon verrattuna psykiatrian laitoshoidon hoitojaksoihin. Tämä kertoo pitkistä hoitojaksoista, jotka taas kuvaavat alueen mielenterveysongelmien syvyyttä ja vaikeusastetta.

2.3 Päihdepalvelut

Päihdepalvelujen järjestäminen on kuntien vastuulla ja niitä on järjestettävä siinä määrin, kuin kunnassa esiintyy tarvetta. Kunnat tuottavat päihdepalvelunsa joko itse, ostavat ne ostopalveluina päihdepalveluja tuottavilta säätiöiltä, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntarjoajilta tai tuottavat palvelut yhdessä toisten kuntien kanssa. Kuntien on järjestettävä päihdepalveluja sekä sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluina että päihdehuollon erityispalveluina. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 99.)

Päihdehoitoon hakeutuminen on vapaaehtoista eikä vuorokaudenaika saa olla esteenä avunsaannille. Palveluja annetaan asiakkaan avun, tuen ja hoidon tarpeen mukaan. Avohuolto on hoitoon pääsyssä ensisijainen vaihtoehto, mutta asiakkaalla on myös oikeus päästä laitoshoidon. Palvelujen tulee olla asiakaslähtöisiä, itsenäistä selviytymistä tukevia, luottamuksellisia ja laadukkaita. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 61.)

Päihdehuollon palvelut tulee järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Keskeisinä periaatteina on että, palvelujen piiriin voi hakeutua oma-aloitteisesti ja niin, että asiakkaan itsenäistä suoriutumista tuetaan. Toiminnassa on otettava huomioon päihteiden käyttäjän lisäksi hänen läheistensä etu. Lisäksi palveluja annettaessa on tarpeen mukaan autettava päihteiden käyttäjää ratkaisemaan myös toimeentuloon, asumiseen ja työhön liittyviä ongelmia. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 131–132.)

Päihdehuollon palveluja tulee kunnissa järjestää kehittämällä yleisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja siten, että niillä pystytään riittävästi hoitamaan päihteiden ongelmakäyttäjää. Vaikka päihdehuoltolaki on sama kaikille, ovat kunnat järjestäneet päihdehuoltonsa hyvin eri tavoin. Palvelujen määrä vaihtelee, eikä ilmiöllä ole yhteistä selittävää tekijää. Päihdetyötä tekevän tuleekin selvittää paikka- tai seutukuntakohtaisesti käytävissä olevat palvelut. Paikallisten peruspalvelujen kautta saa tietoa alueella käytetyistä erityispalveluista. (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 130.)

Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluvat sosiaalihuollossa sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollossa terveyslautakunnalle (Lappalainen-Lehto ym. 2007, 129). Sosiaali- ja terveysministeriö huolehtii päihdepalvelujen kehittämisen suuntaviivat, valmistelee lainsäädännön ja ohjaa uudistusten toteuttamista ja vastaa kokonaisuudessaan päihdepalvelujen toimivuudesta. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja Aluehallintovirastot valvovat palvelujen laadun toteutumista. (Päihdepalvelut 2011.)

Päihdehoitoon erikoistuneet palvelut voidaan jakaa avo- ja laitoshoidon, kuntoutus ja asumis- sekä tukipalveluihin (Vuori-Kemilä, Stengård, Saarelainen & Annala 2007, 42). Näitä palvelumuotoja on saatavilla sosiaali- ja terveydenhuollon yleisinä palveluina, päihdehuollon erityispalveluina, joiden yksiköitä ovat A-klinikat ja nuorisoasemat, sekä erityistason sairaanhoito. Avopalvelujen piiriin voi hakeutua omaaloitteisesti ja palveluihin pääsee matalalla kynnyksellä ilman lähetettä. (Havio, Inkinen & Partanen 2008, 102.)

Päihdehoidon avohoito tapahtuu osin sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa, kuten terveyskeskuksissa, jossa päihteiden käyttöön liittyviä ongelmia kohdataan. Peruspalveluissa toteutettavat päihdepalvelut ovat mm. päihteiden käytön tunnistamiseen, varhaiseen puuttumiseen, päihdeongelman arviointiin ja jatkohoitoon osallistumiseen liittyviä palveluita. Avohoitopalveluja tarjoavat myös A-klinikat, jotka ovat päihdehuollon erityispalveluita. Ne voivat olla kunnan tai kuntainliiton ylläpitämiä tai ostopalvelusopimuksella ostettuja. Eräs erityisryhmä avohoidossa ovat opiaattiriippuvaisien lääkkeelliset vieroitus-, korvaus- tai ylläpito-hoidot. (Havio ym. 2008, 100–101.)

Päihdehoidon laitoshoidon voidaan jakaa lyhytaikaisempaan katkaisuhoidon ja pitkäaikaisempaan kuntoutushoidon. Katkaisuhoidolla pyritään katkaisemaan päihteiden käyttökierre, ehkäisemään ja hoitamaan vieroitusoireita sekä luomaan edellytykset sekä fyysiselle että sosiaaliselle kuntoutumiselle jatkosuunnitelman avulla. Useimmiten katkaisu- ja kuntoutushoidot järjestetään isommilla paikkakunnilla olevien A-klinikoiden yhteydessä. (Havio ym. 2008, 101.)

Vaikeasti päihderiippuvainen tarvitsee asumis- ja muita tukipalveluja pystyäkseen irtottautumaan päihdekeskeisestä elämäntavastaan. Monet kunnat ovat järjestäneet

päihdehoidon asumispalveluja päihdeongelmista toipuville henkilöille. Lisäksi päihdeongelman toipumista voidaan tukea myös läheisten tai vapaaehtoistyöhön perustuvalla toiminnalla joita mm. A-killat. (Havio ym. 2008, 101.)

2.3.1 Päihdepalveluihin liittyvä lainsäädäntö

Useat lait ja asetukset ohjaavat myös päihdetyötä, joiden avulla määritellään palvelujen rajat ja vähimmäisvaatimukset. Ne turvaavat kansalaisen yksilön suojan, estävät syrjintää ja takaavat sosiaaliset edut. (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 61.)

Päihdehuoltolain mukaan päihdehuolto järjestetään sisällöltään ja laajuudeltaan sellaiseksi, kuin kunnassa esiintyvä tarve edellyttää. Päihdehuollon palvelujen ja toimenpiteiden järjestäminen ja kehittäminen kuuluu sosiaalihuollossa sosiaalilautakunnalle ja terveydenhuollossa terveyslautakunnalle. (Päihdehuoltolaki 1986/41.)

Kansanterveyslain (66/1972), päihdehuoltolain (41/1986) ja päihdehuoltoasetuksen (653/1986) mukaan kuntien velvollisuus on järjestää ja rahoittaa tarvittavat palvelut päihdeongelmallisille ja heidän läheisilleen (Heikkinen-Peltonen ym. 2008, 61).

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vierotus- ja korvaushoidon järjestämisestä eräillä lääkkeillä, sovelletaan buprenorfiinia tai metadonia sisältävien lääkevalmisteiden käyttämiseen opioidiriippuvaisten vieroituksessa ja korvaushoidossa. Tässä asetuksessa tarkoitettuun hoitoon sovelletaan lisäksi päihdehuoltolakia (41/1986), potilaan asemasta ja oikeuksista annettua lakia (785/1992), kansanterveyslain (66/1972) 14 ja 15 b §:ää sekä erikoissairaanhoidon lain (1062/1989) 3 ja 31 §:ää. (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vierotus- ja korvaushoidon järjestämisestä eräillä lääkkeillä 33/2008.)

Kunnalla on velvollisuus järjestää sosiaalihuoltoa ja osoittaa siihen voimavaroja. Lain sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista tarkoituksena on palvelujen saamisessa edistää asiakaslähtöisyyttä ja asiakassuhteen luottamuksellisuutta sekä asiakkaan oikeutta hyvään palveluun ja kohteluun sosiaalihuollossa. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812, 1. §.)

Asiakkaan tiedonsaantiin liittyen sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikut

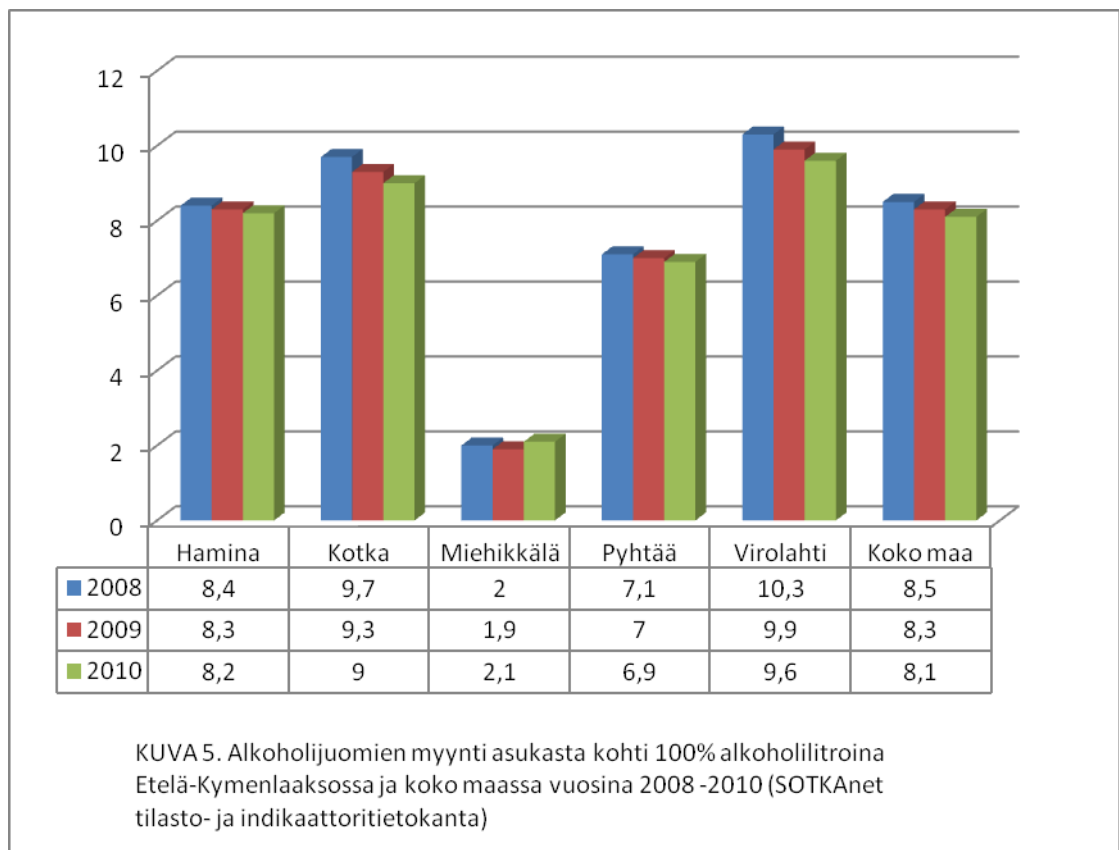
tukset samoin kuin muut seikat, joilla on merkitystä hänen asiassaan. Asiakkaan osallisuuteen liittyen on hänelle laadittava sosiaalihuoltoa toteutettaessa palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai muu vastaava suunnitelma yhteisymmärryksessä asiakkaan kanssa. Poikkeuksena ovat tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen muutoin ole ilmeisen tarpeetonta. Sosiaalihuoltoa toteutettaessa on ensisijaisesti otettava huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipide ja muutoinkin kunnioitettava hänen itsemääräämisoikeuttaan. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen. Sama koskee hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviä muita toimenpiteitä. Asiakasta koskeva asia on käsiteltävä ja ratkaistava siten, että ensisijaisesti otetaan huomioon asiakkaan etu. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812, 5.–8. §.)

Kunnat huolehtivat sosiaalihuollon suunnittelusta ja toteuttamisesta sen mukaan, kuin sosiaalihuoltolaissa tai muutoin säädetään. Sosiaalihuollon yleinen suunnittelu, ohjaus ja valvonta kuuluvat sosiaali- ja terveysministeriölle. Aluehallintovirastolle kuuluu sosiaalihuollon suunnittelu, ohjaus ja valvonta toimialueellaan. (SHL 1982/710, 3 §.)

Raittiustyölain mukaan raittiustyön tarkoituksena on totuttaa kansalaiset terveisiin elämäntapoihin ohjaamalla heitä välttämään päihteiden ja tupakan käyttöä. Valtion ja kuntien tehtävänä on yleisten edellytysten luominen raittiustyölle. Käytännön raittiustyön tekemisestä vastaavat pääasiassa kunnat sekä raittiutus- ja kansanterveysjärjestöt. (Raittiustyölaki 1982/828, 1 §, 2 §.)

2.3.2 Etelä-Kymenlaakson päihdetilastoja

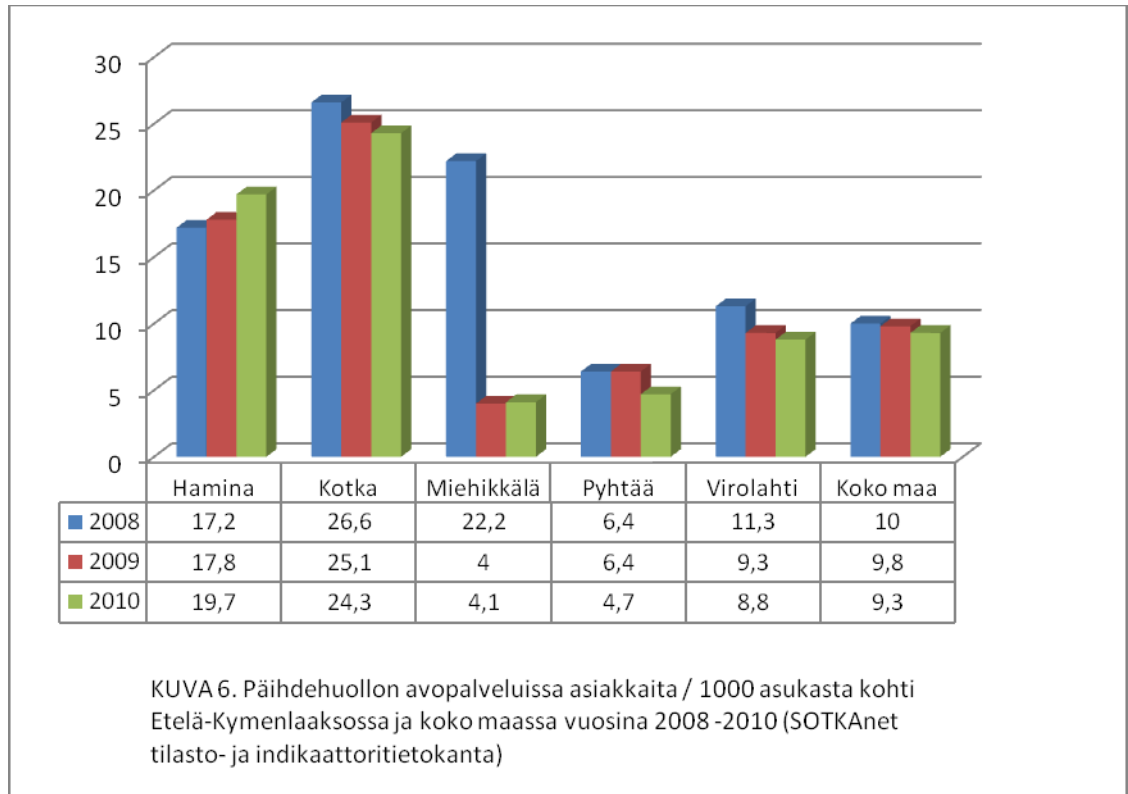
Kuvissa 5–8 on tarkasteltu Etelä-Kymenlaakson päihdetilannetta, hoitajaksoja sekä nettokustannuksia verrattuna koko maan tilanteeseen.



Kuvan 5 indikaattori ilmaisee vuoden aikana kunnan alueella Alkon myymälöistä myydyin ja kunnan alueella sijaitseviin elintarvikeliikkeisiin, kioskeihin, huoltoasemille ja anniskeluravintoloille toimitettujen alkoholijuomien määrän 100 %:n alkoholina laskettuna litroina. Alkoholijuomia ostavat ja anniskelupalveluja käyttävät kunnan asukkaiden lisäksi ulkopaikkakuntalaiset ja myös ulkomaalaiset. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

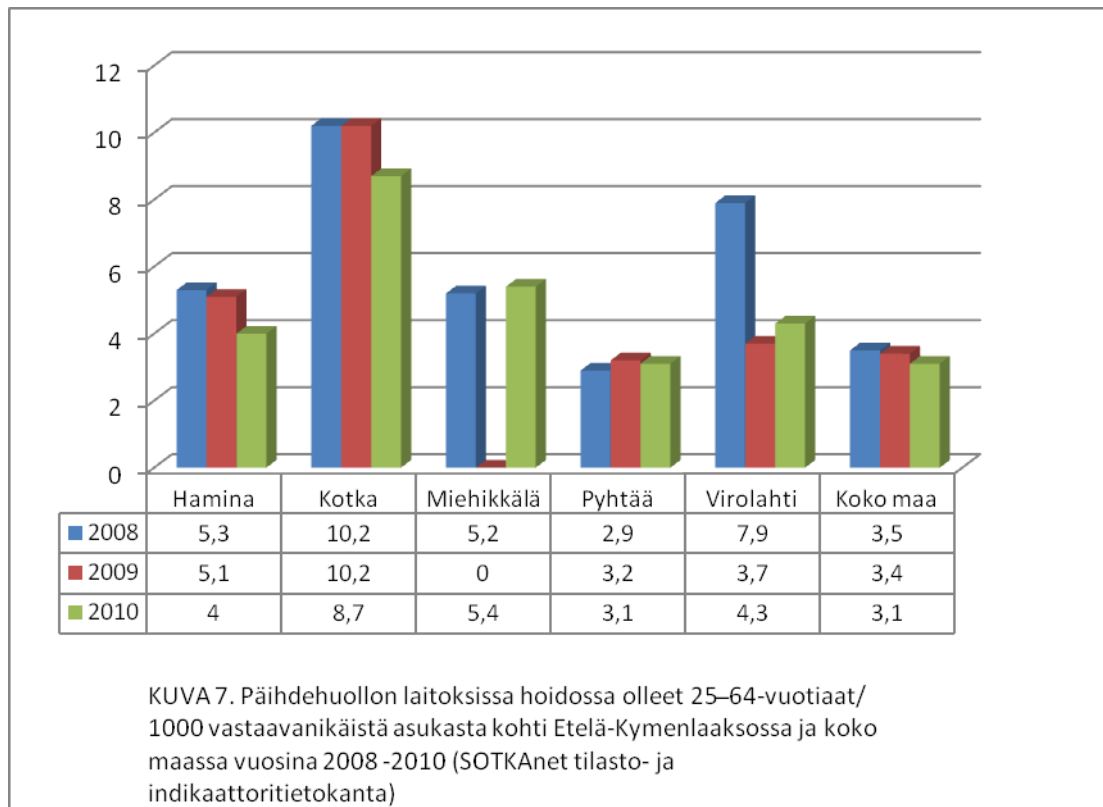
Kuvasta 5 voidaan nähdä, että kolmen vuoden seurantajakson aikana (2008–2010) alkoholijuomien myynti asukasta kohti on pysynyt lähes samalla tasolla kaikissa Etelä-Kymenlaakson kunnissa. Havaittavissa on pientä laskua muiden kuntien, paitsi Miehikkälän kohdalla. Virolahti ja Kotka ovat myyntitilastoissa maan keskiarvon yläpuolella. Miehikkälässä ei ole Alkon myymälää, joka näyttäytyy Miehikkälän alhaisina myyntilukuina ja toisaalta Virolahden korkeina myyntilukuina. Lukuihin voi vaikuttaa osittain myös turismi. Tilastossa ei näy esimerkiksi Itärajan takaa tuotua alkoholia, joka saattaisi nostaa kyseisiä lukuja. Alkoholin korkeat myyntitilastot kertovat myös alueen historiasta ja erityispiirteistä tehdas- ja satamatyöalueena. Tästä johtuen Etelä-Kymenlaakson alue on hyvin suhdanneherkkää ja esimerkiksi monien tehtaiden lope-

tukset ja alueen työllisyystilanne voivat vaikuttaa alkoholinmyyntitilastojen nousuun lähitulevaisuudessa.

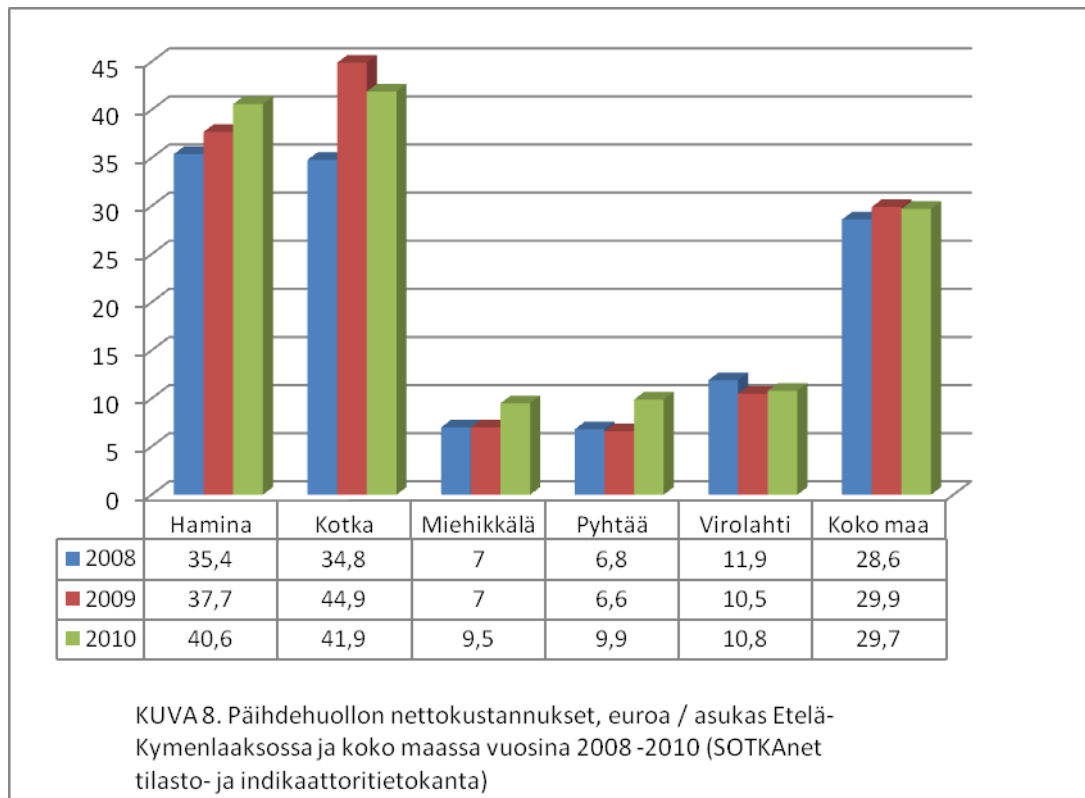


Kuvan 6 indikaattori ilmaisee kuntien kustantamia päihdehuollon avopalveluita vuoden aikana A-klinikoilla tai nuorisoasemilla käyttävien asiakkaiden määrää tuhatta asukasta kohden. Väestötietona on käytetty vuoden viimeisen päivän tietoa. Asiakkaiden lukumäärään vuoden aikana lasketaan kukin henkilö vain kerran riippumatta kuinka monta kertaa hän on ollut asiakkaana. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

Päihdehuollon avopalveluiden asiakasmäärät ovat Kotkan ja Haminan alueella huomattavasti suuremmat kuin koko maassa. Alueella on varsin kattava päihdehuollon avopalvelujärjestelmä, joka on keskittynyt Kotka-Hamina- alueelle. Maantieteellinen etäisyys voi kuitenkin vaikuttaa avopalvelun käyttöasteeseen eikä näin ollen välttämättä kerro tiettyjen alueiden todellisesta palveluntarpeesta.



Kuvan 7 indikaattori ilmaisee vuoden aikana päihdehuollon katkaisu- ja kuntoutusyksiköissä laitoshoidossa olleiden asiakkaiden osuuden tuhatta asukasta kohden (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012). Useimpien kuntien kohdalla päihdehuollon laitoksissa on hoidettu huomattavasti enemmän asiakkaita verrattuna koko maan lukuihin. Alueella toimivat monipuoliset päihdehuollon laitospalvelut nostavat lukuja, mutta suuret asiakasmäärät kuvaavat myös alkoholin ja huumeiden käytön aiheuttamia ongelmia ja niiden vaikeusastetta alueella.



Kuvan 8 indikaattori ilmaisee kuntien kustantamien päihdehuollon erityispalveluihin sekä raittiustyöhön suunnattujen palveluiden nettokustannuksia asukasta kohden (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012). Koko maan tilannetta tarkasteltaessa on havaittavissa pientä nousua vuosien 2008–2010 aikana. Sama suuntaus näkyy myös Etelä-Kymenlaakson kuntien alueella. Jyrkimmät kustannusten nousut ovat tapahtuneet Haminassa ja Kotkassa, joiden päihdehuollon nettokustannukset kulkivat vuonna 2010 selvästi maan keskiarvon yläpuolella. Toisaalta Kotkassa ovat kuitenkin kustannukset laskeneet viimeisenä tarkasteluvuotena.

Päihdehuollon nettokustannukset kuvaavat alkoholin ja huumeiden käytön aiheuttamia ongelmien määrää ja niiden yleisyyttä alueella. Tämä tilasto antaa vain viitteellisen kuvan päihdeongelmien laajuudesta alueella, koska kustannuksista eivät näy esimerkiksi sairaaloissa ja terveyskeskuksissa tehty päihdetyö (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012).

Päihdehuollon erityispalvelujen käyttö voi painottua alkuvuodelle ja kustannussyistä vähetä loppuvuotta kohden. Näin ollen tilasto kertoo talousarviossa määritellyn tarpeen päihdepalvelujen kysynnän sijaan. Tällöin todelliset luvut voivat olla vieläkin korkeammat. (SOTKANet tilasto- ja indikaattoritietokanta 10.2.2012.)

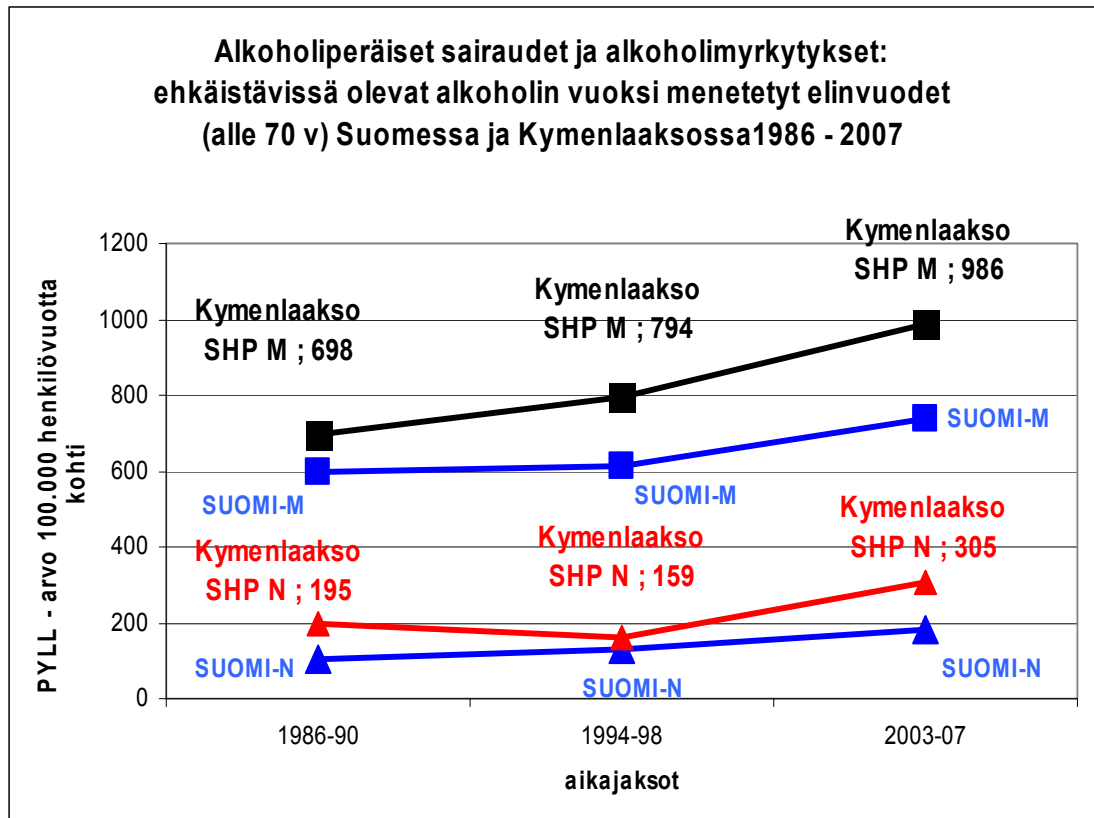
Etelä-Kymenlaakson tilanne PYLL-indeksin mukaan

Potential Years of Life Lost (PYLL) analyysi perustuu laskutoimitukseen joka vertaa henkilön ikää kuolinhetkellä hänen laskennalliseen elinajanodotteeseen, joka tässä mittarissa on 70 ikävuotta. Analyysin tavoitteena on arvioida ennen aikaisten ja ehkäistävissä olevien kuolinsyiden taustoja. Tulosten avulla pystytään kohdistamaan mm. terveydenhuollon toimenpiteitä yhteiskunnan terveyttä ja hyvinvointia edistäviksi toimenpiteiksi tarvealueille. Lisäksi analyysin avulla pystytään arvioimaan myös taakautuvasti jo toteutettujen ehkäisevien toimenpiteiden ja terveyssektorilla annettujen hoitojen tehoa väestön terveyteen. (Vohlonen & Vienonen 2009.) Suomessa on analysoitu tähän mennessä yli 280 kuntaa. Tietoja tuotetaan eri aluetasolle (kunta, seutukunta, maakunta, sairaanhoitopiiri). (Bäckmand 2009.) Esimerkiksi Kotkassa PYLL-analyysi on toteutettu kahdesti, joista viimeisin on julkaistu 27.5.2009.

Seuraavat tulokset ovat koottu 27.5.2009 julkaistun PYLL-indeksin pohjalta, jossa on kerätty kaikki Etelä-Kymenlaakson alueella ennen aikaisiin kuolemiin johtaneet syyt, vuosilta 2003 – 2007. Etelä-Kymenlaaksossa (90463 asukasta) henkistä pääomaa menetettiin selvästi enemmän (yli 25 % huonompi) kuin koko maassa, vaikka muutos oli parempaan suuntaan. Miesten tilanne oli selvästi koko maan tilannetta huonompi (yli 25 %) vaikka kehitys oli hyvä. Naisten tilanne oli 5 % koko maan naisten tasoa huonompi ja kehitys niin ikään oli parempi. (Vohlonen & Vienonen 2009.)

Miesten suurimmat syyt ennen aikaisiin kuolemiin johtuivat tapaturmista ja myrkytyksistä (36 %), joista itsemurhien osuus oli 14 %. Toiseksi suurin osuus johtui alkoholiperäisistä sairauksista (14 %). Naisten kohdalla eniten ennen aikaisia kuolemia olivat aiheuttaneet pahanlaatuiset kasvaimet (28 %), toiseksi eniten tapaturmat ja myrkytykset (27 %), joista itsemurhien osuus oli suuri (10 %). Kolmanneksi eniten kuolemia aiheutui alkoholiperäisistä sairauksista (11 %), joiden kehitys oli erittäin huono. (Vohlonen & Vienonen 2009.)

Yhteenvedona voidaan todeta se että, alkoholin käyttöön liittyvät ilmiöt muodostavat erittäin vakavan ja pahenevan ongelman Etelä-Kymenlaaksossa. Esimerkiksi seuraavasta kuvasta 9 voidaan huomata että, silloisen Kymenlaakson Sairaanhoitopiirin alueella sekä miesten että naisten tulokset ovat Suomen keskiarvoa korkeammalla.



Kuva 9. PYLL-indeksi 2003 – 2007 (Vohlonen & Vienonen, 27.5.2009)

3 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDEASIAKKAAN ASEMA

Mielenterveysongelmien ja päihdeongelman samanaikaisesta esiintymisestä voidaan käyttää termiä kaksoisdiagnoosi (Holmberg, Hirschovits & Sajavaara 2008, 12). Kaksoisdiagnoosin määrittely sekä diagnoosina että käsitteenä on kuitenkin hyvin haasteellista. Tässä opinnäytetyössä on mielenterveys- ja päihdepalvelut käsitelty erikseen. Lisäksi palveluiden nykytilaa ja kehittämistarpeita on tutkittu erillisten palveluntarjoajien näkökulmasta. Tavoitteena on kuitenkin ollut mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen parantaminen ja niiden edelleen kehittäminen.

3.1 Mielenterveys- ja päihdeongelma kaksoisdiagnoosina

Hoitotyön kirjallisuudessa on vakavien mielenterveysongelmien ja päihdeongelman samanaikaisesta esiintymisestä käytetty kaksoisdiagnoosi –termiä (dual diagnosis). Termi soveltuu kuitenkin huonosti päihdehoitotyöhön, sillä se on osittain medikalisoii-

va ja diagnostisuutta korostava, mutta se ei kuitenkaan avaa diagnoosiluokkia. Terminä sen voi ymmärtää viittaavan myös mihin tahansa kahteen diagnoosiin. (Holmberg, Hirschovits & Sajavaara 2008, 12.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien välinen vuorovaikutus on aina monimuotoinen (Havio ym. 2008, 200.), jolloin asiakasryhmän ongelmat ovat yleensä luonteeltaan myös päällekkäisiä. Hoitotyön näkökulmasta katsottuna kaksoisdiagnoosi-käsite saattaa olla riittämätön kuvaamaan tätä monisista ilmiöistä. (Holmberg ym. 2008, 12.)

Kansainvälisessä kirjallisuudessa kaksoisdiagnoosi-käsitteen tilalle on esitetty useita vaihtoehtoja, kuten esimerkiksi ”mentally ill chemical abuser” (MICA), ”chemically addicted mentally ill” (CAMI), ”substance-abusing mentally ill” (SAMI) ja ”co-occurring addictive and mental disorders” (COAMID). (Holmberg ym. 2008, 12.) Nämäkin käsitteet viittaavat monihäiriöisyyteen eli komorbiditeettiin. (Aalto. 2007, 1293.) Komorbiditeetti liitetään kirjallisuudessa myös oheissairastavuuden käsitteeseen. Komorbiditeetti terminä on myös ongelmallinen, koska siinä nähdään johonkin häiriöön liittyvän muuta sairastavuutta. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat muovautuvia kokonaisuuksia joista molempia tulee hoitaa. (Holmberg ym. 2008, 13.)

Hoidollisessa ja yhteiskunnallisessa kontekstissa asiakkaan tilannetta kuvaa käsitteenä paremmin: mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tai -ongelmien yhteisesiintyvyys. Näissä termissä asiakkaan ongelmat ja voimavarat voidaan nähdä muodostuvan moniulotteisista ja limittäin esiintyvistä kokonaisuuksista. Käsitteellä halutaan myös korostaa kokonaisvaltaisen ja koordinoivan hoitotyön merkitystä. Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyys käsitteen ongelmallisuus on kuitenkin siinä, että asiakkailla on usein myös somaattisia ja sosiaalisia tilanteeseen liittyviä ongelmia, joita taas tämä käsite ei suoranaisesti kata. (Holmberg ym. 2008, 13.) Kuten ei nämkään termit, eivät myöskään muut kaksoisdiagnoosi termin muuttamiseksi tehdyt ehdotukset ole vakiintuneet tutkijoiden tai klinikoiden kielenkäytössä (Aalto 2007, 1293).

Käytännön työssä saatetaan kaksoisdiagnoosi käsitteen sijasta törmätä myös kolmoisdiagnoosi tai monidiagnoosi termiin. Näillä termeillä tarkoitetaan että, asiakkaalla on psykiatrisen häiriön ja päihderippuvuuden lisäksi myös jokin somaattinen sairaus. Myöskään tälle käsitteelle ei ole olemassa yhtä ainoaa kattavaa määritelmää. Usein asiakasta hoitavat tahot määrittelevät monidiagnoosiasiakkaat omasta näkökulmastaan, mikä tuo suurta vaihtelevuutta sairauksien määrittelyyn, hoitokäytäntöihin ja

hoitopaikkoihin. (Lappalainen-Lehto, Romu & Taskinen 2007, 124.) Kaksoisdiagnosikäsitteen diagnostisuutta korostavan määritelmän sijasta tässä opinnäytetyössä puhutaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaista, jolloin heidän hoitoonsa liittyvät tekijät voidaan nähdä paremmin moniulotteisena kokonaisuutena.

3.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen järjestäminen

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaat jäävät usein mielenterveystyön ja päihdetyön välimaastoon, jolloin he jäävät helposti myös muiden pirstaleisten kuntapalvelujen ulkopuolelle. Vaikka esim. masennuksen ja päihdeongelman samanaikainen esiintyminen on kauan tiedostettu, ei hoitoon hakeutuvan asiakkaan kannalta ole ollut riittävästi tarjolla palveluita jotka ottavat asiakkaan tarpeet huomioon. Nämä asiakkaat tarvitsevat palvelujärjestelmässä sekä asiantuntemusta että hoitomahdollisuuksien tarjoamista. Mielenterveys- että päihdehoitotyön aloilla onkin ryhdytty luomaan rakenteita ja toimintaa näiden asiakkaiden hoitoa varten. (Holmberg ym. 2008, 13, 81.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien yhteisesiintyvyydestä kärsivän asiakkaan hoidon tulisi olla koordinoitua ja integroitua ja sen tulisi joustaa eri häiriö- ja ongelmaryhmien mukaan. Integroitua hoitoa on pidetty jaksoittaisiin ja rinnakkaisiin hoitoihin verrattuna parempana toimintamallina. (Havio ym. 2008, 200.) Mauri Aallon artikkelissa (2007) mainitussa systemoidussa katsauksessa (Donald ym. 2005, Kampman & Lassila 2007, Mikkonen 2007, Aallon 2007 mukaan) päädyttiin siihen, ettei integroitua hoitoa voida pitää varmasti parempana, kuin muita aiempia hoitomalleja. Katsaus perustui kymmeneen satunnaistettuun tutkimukseen. Toisaalta mikään ei kuitenkaan viitanut siihenkään, että integroituhuolto olisi vähemmän tehokasta. Aalto kiteyttää integroidun hoidon käsitteen samaisessa artikkelissaan siten että, integroitu hoito ei olisi-kaan varsinaisesti itse hoitomuoto vaan, se viittaisi tapaan jolla kaksoisdiagnosiasiakkaiden hoitopalveluita järjestetään. (Aalto 2007, 1296–1297.)

Samanaikaisten mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidosta on näyttöä siitä, että asiakkaat pysyvät hoidossa muita lyhyemmän ajan ja jatkohoidon tulokset ovat heikkoja. Myös kansainvälisesti on lisääntyvää näyttöä siitä, että mielenterveys- ja päihdeongelmia tulisi hoitaa yhdessä. Lisääntyneestä tutkimuksellisesta ja kliinisestä tiedosta huolimatta asiakkaille suunnattu palvelujärjestelmä on ongelmallinen, myös kansain-

välisesti tarkasteltuna. Vaikka integroituja hoitomalleja on kehitetty, muutokset koko palvelujärjestelmässä ovat vaikeampia saavuttaa. (Grella & Gilmore 2002, 115.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmien hoidon aloittamisella ajoissa estetään ongelmien paheneminen ja parannetaan hoitotuloksia. Tämä puolestaan vähentää mm. sairastuneiden ihmisten syrjäytymistä ja eläköitymistä. Varhainen hoito edellyttää henkilöstöltä nykyistä parempaa kykyä mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamiseen ja niihin puuttumiseen. (Eskola & Karila 2007, 168.) Jotta näiden asiakkaiden hoidossa päästäisiin parhaaseen tulokseen, tulisi asiakkaiden ongelmia tarkastella kokonaisvaltaisesti siten, että molempia ongelmia hoidetaan samanaikaisesti (Holmberg ym. 2008, 101). Asiakastyötä tulisi tukea myös tehostamalla yhteistyötä, konsultaatiota ja koulutusta psykiatrisen erikoissairaanhoidon ja päihdehuollon välillä. Asiakkaiden hoidon tulisi perustua tieteelliseen näyttöön, laajaan kokemukseen, säännölliseen kliniseen seurantaan sekä laadun hallintaan. Näin tuotetaan kansantaloudellisesti ja -terveydellisesti tehokasta hoitoa ja vähennetään henkilöstön vaihtuvuutta hoitoyksikössä. (Havio ym. 2008, 200.)

Mielenterveys- ja päihdeongelmaisen asiakkaan hoidossa voi esiintyä vaikeuksia hoidon suunnitelmallisuudessa sekä hoitopolkujen ja hoitovastuun määrittelyssä. Asiakkaan hoitoketjuun kuuluvat kuitenkin avohoito, kuten matalan kynnyksen palvelut, vastaanotot ja poliklinisesti tehtävät kokonaisvaltaiset arvioinnit, akuutti katkaisu- ja vieroitushoito, kuntoutus sekä jatkohoito avohoidossa. Tämän lisäksi asiakkaalle on tarjolla erilaisia palveluja virallisten hoitoketjujen ulkopuolella, kuten oma-apuryhmät sekä muut vapaaehtoispalvelut. Hoito- ja toimintaympäristö raamittavat sitä, mitkä lait ohjaavat palvelun tarjoajaa. (Holmberg ym. 2008, 102.)

Hyvä hoitoympäristö tarjoaa päihteettömyyttä tukevan ja toipumista edistävän ilmapiirin, jossa potilasta kunnioitetaan yksilönä ja hänet huomioidaan osana sosiaalista verkostoaan. Hyvän hoitoympäristön käsitettä voidaan tarkastella mm. asiakkaan koekemana palvelun laatuna, organisaatioiden toimintatapana ja hoidon sisältönä sekä henkilöstön ja johtamisen työmenetelmänä. Kokonaiskuva hyvästä hoitoympäristöstä muodostuu useista yhtäaikaista elementeistä, jolloin hoitoideologiassa hyödynnetään erilaisia lähestymistapoja. Kaikissa hoitomuodoissa tärkeitä seikkoja ovat hoitohenkilökunnan ammattitaito, hoidon jatkuvuus sekä potilaan motivoiminen ja sitouttaminen hoitoon. (Holmberg ym. 2008, 101–102.)

3.3 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asema palvelujärjestelmässä

Palveluja tarvitsevien kunnan asukkaiden tai kunnassa asuvien kannalta on tärkeää, mitä palveluja on tarjolla, onko niitä tarpeisiin nähden riittävästi saatavilla, miten niihin voi hakeutua, onko asukkailla niistä tietoa, miten palvelut ovat saavutettavissa ja ovatko palvelut laadukkaita. Lisäksi on hyvin tärkeää, että miten palvelun hakija tai käyttäjä kokee tulleen työntekijän taholta kohdelluksi ja tuleeko hän kuulluksi. Jos he ovat tulleet kuulluksi ja autetuksi, on tilanne heidän kohdallaan tarpeen- ja tarkoituksenmukaisesti hoidettu. (ETENE 2008, 9.)

3.3.1 Palveluihin pääsy ja palvelujen saaminen

Palvelujen saamisen kannalta on tärkeää palvelujen saantiaika. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa palveluihin pääsyn turvaamista koskeva kansanterveyslain (66/1972) muutos tuli voimaan maaliskuun alussa 2005. Säännöksen mukaan terveyskeskukseen pitää arkipäivisin virka-aikana saada välitön yhteys ja terveydenhuollon ammattihenkilön on tehtävä kiireettömän hoidon tarpeen arviointi kolmessa arkipäivässä yhteydenotosta. Lääketieteellisesti tarpeelliseksi todettuun hoitoon on päästävä kohtuullisessa ajassa, perusterveydenhuollossa viimeistään kolmessa kuukaudessa siitä, kun hoidon tarve on todettu. Kunnan on järjestettävä potilaan tarvitsema palvelu vaikka ostamalla toiselta kunnalta tai yksityiseltä palvelun tuottajalta, jos tarvittavaa palvelua ei omassa kunnassa ole järjestää tai odotusaika on liian pitkä. Vastaavia määräaikaissäännöksiä on sosiaalihuollon lainsäädännössä sosiaalihuoltolaissa. (ETENE 2008, 10.)

Asiakkaiden asemaan liittyvä oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa on yhdenvertaisuutta palvelujen saannissa ja palveluihin pääsyssä, yhdenvertaisuutta yksittäisissä hoitoratkaisuissa ja hoidon laadussa ja erityisesti yhdenvertaisuuden toteutumista silloin, kun kyseessä ovat ns. haavoittuviin ryhmiin kuuluvat henkilöt, kuten mielenterveys- ja päihdeongelmaiset ja syrjäytyneet. Lähtökohtana on, että jokainen ihmiselämä on yhtä arvokas ja tämä tulee turvata lain säännöksin ja kansainvälisin ihmisoikeussopimuksin. Tämän ajattelun pohjana ovat myös ne kansainväliset ihmisoikeussopimukset, joihin Suomi on sitoutunut. (ETENE 2008, 14.)

Päihtymys tai psyykkiset ongelmat eivät saa estää henkilön hoidon tarpeen arviointia, hoidon järjestämistä eikä estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Päihdeasiakkaiden hoidon puutteet ja haasteet johtuvat monesta eri syystä. Yhtenä se-

lityksenä voidaan pitää päihdehuollon jakautumista eri hallinnonaloille, osittain sosiaalihuoltoon, osittain terveydenhuoltoon. Tämän lisäksi päihteiden käytön ja sen haittojen moninaisuus vaikeuttaa päihdesairauksien havainnointia ja hoitoa. Yhä edelleen päihteiden aiheuttamia sairauksia pidetään itse aiheutettuina ja niitä on vaikea sen vuoksi hyväksyä sosiaalisesti. Psykykkisten- ja päihdesairauksien hoidon haasteille on yhteistä se, että ne eivät tuota huolta ainoastaan sairaalle itselleen ja hänen läheisilleen vaan laajasti myös ympäristölle. Ne kuluttavat yksityisiä ja yhteisiä voimavaroja ja hoitamattomina aiheuttavat laajasti yhteiskunnallisia ja sosiaalisia kustannuksia. (ETENE 2008, 17–18.)

3.3.2 Asiakkaan tiedonsaanti

Asiakkaan asemaa ja oikeuksia käsittelevässä laissa ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista on potilaalla tai sosiaalihuollon asiakkaalla oikeus laadultaan hyviin terveyden- ja sosiaalihuollon palveluihin. Palvelu on järjestettävä ja potilasta tai asiakasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Asiakkaan tai potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa ja kulttuurinsa on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hänen hoidossa, palvelujen saannissa ja hänen kohtelussa. Sosiaalihuollon palveluissa huomioon otettavia asioita edellisten lisäksi ovat myös asiakkaan toivomukset, mielipiteet ja etu. Tiedon saamisessa sosiaalihuollon asiakkaalla on oikeus saada selvitys toimenpiteiden vaihtoehtoista, joten sosiaalihuollon henkilöstön on selvitettävä asiakkaalle hänen oikeutensa ja velvollisuutensa sekä erilaiset vaihtoehdot ja niiden vaikutukset. Tämä selvitys on annettava niin, että asiakas riittävästi ymmärtää sen sisällön ja merkityksen. (ETENE 2008, 11.)

Sosiaalihuollon asiakkaalle on laadittava palvelu-, hoito-, kuntoutus- tai vastaava muu suunnitelma, jollei kyseessä ole tilapäinen neuvonta ja ohjaus tai jollei suunnitelman laatiminen ole ilmeisen tarpeetonta. Asiakkaan ja tarvittaessa hänen omaisensa, läheisensä tai muun laillisen edustajansa tulee olla suunnitelman laadinnassa mukana. Lisäksi sosiaalihuollon asiakkaalle on annettava mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä muihin hänen sosiaalihuoltoonsa liittyviin toimenpiteisiin. Molemmissa laeissa on myös säädetty potilaan tai sosiaalihuollon asiakkaan tueksi asiamies - potilasasiamies ja sosiaaliasiamies, jollainen tulee olla joka kunnassa nimettynä. Sosiaaliasiamiehen on lisäksi seurattava asiakkaiden oi-

keuksien ja aseman kehitystä kunnassa ja antaa siitä vuosittain selvitys kunnanhallitukselle. (ETENE 2008, 11.)

3.3.3 Asiakkaan osallisuus omaan hoitoonsa

Sosiaali- ja terveystalveissa arjen tavoitteena on ihmisten omien voimavarojen ja selviytymiskeinojen vahvistaminen ja tukeminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteena on pyrkiä perhekeskeisyyteen ja hoidon jatkuvuuteen sekä vahvistamaan asiakkaiden osallisuuden kokemusta. Osallisuuden kokemuksen vahvistamista tarvitaan sekä asiakkaan omassa hoidossa että hänen omassa yhteisössään. (Nopari ym. 2007, 35.) Osallisuuden kokemus vahvistaa positiivista mielenterveyttä. Asiakaslähtöisessä hoitotyössä korostuu ihmisen itsensä sekä hänen perheensä osallisuus hoitotyöhön. (Nopari ym. 2007, 33.)

Itsemääräämisoikeudesta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (2000). Asiakkaiden ja potilaiden itsemääräämisoikeus ei takaa oikeutta valita millaisia hoitomuotoja tahansa tai päästää yksilöllisyyttään vapaaksi hoitopaikassa. Vaikka ihmisillä on oikeus päättää omasta elämästään, ei se voi toteutua tavalla, joka vahingoittaa tai rajoittaa muiden itsemääräämisoikeutta. Sen vuoksi itsemäärääminen hoidossa ja palveluissa voitaisiin paremminkin määritellä oikeutena osallisuuteen, joka koskee yksilön omaa elämäntilannetta ja omaa hoitoa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 140–141.)

Emotionaalisessa osallisuudessa potilas tai asiakas tuntee olevansa tärkeä ja hänen mielipiteensä otetaan huomioon. Älyllisellä osallisuudella taas tarkoitetaan sitä, että ihminen tulee kuulluksi ja ymmärretyksi tiedonsaannin kautta, dialogissa palveluja tarjoavan työntekijän kanssa. Kolmanneksi sosiaalisella osallisuudella tarkoitetaan sitä, että ihminen kohdataan kunnioittavasti ja hän voi mahdollisuuksiensa mukaan osallistua häntä koskevaan päätöksentekoon liittyen omaan hoitoon ja hoitotoimenpiteisiin. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 141.)

3.4 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen kehittäminen

Sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämistoiminnalla vastataan mm. kunta- ja palvelurakennuudistukseen, jossa tavoitteena on taata kaikille suomalaisille yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvelut. Tämä vaatii nykyisten palvelurakenteiden vahvistamista sekä kuntien välistä yhteistyötä ja uusia toimintatapoja. (Laki kunta- ja palvelurakennuudistuksesta 169/2007, 1 §.)

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden lisääntyneisiin tarpeisiin ei ole voitu eikä myös-
kään voida vastata määrättömästi. Tästä johtuen kohonneet sosiaali- ja terveydenhuol-
lon kustannukset ovat pakottaneet kohdentamaan palveluja ja priorisoimaan niiden
tarjontaa. Tällä pyritään mahdollisimman tehokkaaseen palvelujärjestelmään ja resurs-
sien käyttöön. Palvelujen priorisoinnin yhteydessä tehdään samalla kansalaisten elä-
mään vaikuttavia kauaskantoisia valintoja. On tärkeää pyrkiä kehittämään palvelujär-
jestelmää sellaiseksi että kansalaisten, erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien oikeudet
ja tasa-arvo voisivat toteutua. Monissa mielenterveystyötä linjaavissa strategioissa ja
suosituksissa nostetaan kehittämistyön keskiöön kunnan eri alojen ja toimijoiden yhe-
teistyön parantaminen ja tehostaminen. Lisäksi palvelujen edelleen kehittämistä käyt-
täjän näkökulmasta pidetään välttämättömänä, jotta asiakkaan osallisuutta voitaisiin
vahvistaa ja palvelujen saatavuutta parantaa. (Vuori-Kemilä ym. 2007, 24–25.)

Nykyinen palvelujärjestelmä on hajautunut siten että, eri toimijat eivät tiedä toistensa
toiminnasta, jolloin asiakasta ohjataan luukulta toiselle. Auttamisjärjestelmässä yhtenä
vaikeutena on koordinointi. Koordinointi auttaisi mm. siinä, että päällekkäin tehdyn
työn määrä vähenisi ja hoitotahot olisivat enemmän tietoisia toistensa tekemästä työs-
tä. Etenkin mielenterveys- ja päihdeongelmaisen kohdalla tulee pyrkiä pitkäkestoisiin,
kokonaisuutta tukeviin asiakassuhteisiin. (Holmberg ym. 2008, 122.) Mielenterveys-
ja päihdetyön yhteisellä kehittämisellä tavoitellaan kuntalaisten hyvinvoinnin ja mie-
lenterveyden kokonaisvaltaista tukemista. Päihde- ja mielenterveysongelmien hoidon
ja kuntoutuksen alueellinen kehittyminen tuo kuntien perus- ja erityispalvelujen eri
ammattiryhmien sekä muiden palvelujen tuottajien välille aktiivista yhteistyötä.
(Holmberg ym. 2008, 90.)

Eri ammattiryhmien välinen yhteistyö on avainasemassa, kun pyritään kehittämään
voimavarakeskeistä palvelutoimintaa ja asiakkaan osallisuutta. Moniammatillisen työ-

otteen ja yhteistyön kautta pystytään vastaamaan entistä paremmin asiakkaan aseman vahvistamiseen ja palveluista saatuun hyötyyn. (Pietilä 2010, 143.)

3.4.1 Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma julkistettiin vuonna 2009. Siihen on koottu sosiaali- ja terveysministeriön asettaman Mieli 2009 asiantuntijatyöryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Mielenterveys- ja päihdetyötä on linjattu Mieli-suunnitelmassa ensimmäisen kerran yhdessä koko valtakunnan tasolla johtuen mielenterveys- ja päihdeongelmien suuresta kansantaloudellisesta ja -terveydellisestä merkityksestä. (Moring ym. 2011, 21.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma sisältää yhteensä 18 ehdotusta mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi. Ehdotukset jakautuvat neljälle eri pääpainopistealueelle, joita ovat 1. asiakkaan aseman vahvistaminen, 2. mielenterveyden ja päihhteettömyyden edistäminen sekä ongelmien ennalta ehkäisy, 3. palvelujärjestelmän kehittäminen avo- ja peruspalvelupainotteisemmaksi sekä 4. mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikainen huomioiminen. Nämä linjaukset sopivat yhteen myös uuden terveydenhuoltolain kanssa. Lisäksi suunnitelmassa esitetään mielenterveys- ja päihdetyön toteuttamista tukevia ohjauskeinoja. (Moring ym. 2011, 21.)

Asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyen keskeisiä linjauksia Mieli-suunnitelmassa on, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsee matalalla kynnyksellä ja joustavasti yhden oven periaatteella. Suunnitelmassa kiinnitetään erityistä huomiota asiakkaan kannalta yksinkertaiseen ja yhdenvertaiseen palveluihin pääsyyn ja palvelujen saamiseen, huomioiden asiakkaan osallisuus. Tämän jälkeen palvelujärjestelmän tehtävänä olisi huolehtia asiakkaan ohjaamisesta hänen tarpeitaan vastaaviin palveluihin. Palvelujärjestelmän yhtenäinen toiminnallinen kokonaisuus, kattaen monipuolisesti avo- ja laitospalvelut, mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä perus- ja erikoispalvelut, takaisi parhaan avun saannin. Nämä suunnitelman linjaukset korostavat yhteistyötä ja asiakkaan asemaa ja tulevat tarvitsemaan uuden terveydenhuoltolain rinnalle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain tyyppistä lakia. (Moring ym. 2011, 21.)

Mieli 2009 työryhmä on tehnyt monia ehdotuksia myös mielenterveys- ja päihdetyön kansallisten ohjauskeinojen kehittämiseksi. Näitä ovat mm. sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelmiin sisällytettävät mielenterveys- ja päihdetyön opetuksen minimisisäl-

löt, alan lukuisten suositusten päivittäminen ja toteutumisen seuranta, neuvottelukuntien uudelleenorganisointi, jossa eri hallinnonalat huomioivat päätöksensä vaikutuksen mielenterveyteen ja päihteiden käyttöön sekä kehittämistyölle turvattava riittävä rahoitus. Suunnitelman taustalla on kyse laajasta kokonaisuudesta eri toimijoita ja jonka toimeenpano jakautuu monen eri toimijan vastuulle vaatien toteuttamisen yhteistyötä useiden eri toimijoiden välillä. (Moring ym. 2011, 15, 21.)

3.4.2 Kaste-ohjelma

Sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annetun lain (733/1992, 5 §) pohjalta valtioneuvosto vahvistaa joka neljäs vuosi sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste). Viimeisin Kaste-ohjelma on vahvistettu vuosille 2012–2015 ja se jatkaa osin edellisellä ohjelmakaudella 2008–2011 tehtyä uudistustyötä. Ohjelmassa määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamisen tavoitteet ja toimenpiteet sekä keskeiset lainsäädäntöhankkeet, ohjelmat ja suositukset sekä valvonnan painopisteet, pureutuen sosiaali- ja terveydenhuollon keskeisten asiantuntijoiden ja kansalaisten esille nostamiin uudistustarpeisiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta ja sen alainen johtoryhmä sekä viisi alueellista johtoryhmää vastaa ohjelman valmistelusta ja toimeenpanosta. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015, 4.)

Hankerahoitukseen on käytettävissä yhteensä noin 70 miljoonaa euroa vuosina 2012–2015, joka on 17,5 miljoonaa euroa vuosittain. Tätä hankerahoitusta voivat hakea kunnat ja sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymät. Valtionavustus voi olla enintään 75 % kokonaiskustannuksista ja eri toimijat käyttävät lisäksi omia resurssejaan Kaste-ohjelman linjausten mukaiseen kehittämistyöhön. Ohjelman tavoitteiden saavuttamista ja toimeenpanoa seurataan ja arvioidaan säännöllisesti. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015, 4.)

Kaste-ohjelma on pitkäkestoinen muutos- ja innovaatioprosessi, jossa luodaan, arvioidaan, levitetään ja juurrutetaan erilaisia hyviä käytäntöjä. Tavoitteena on sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen järjestäminen asiakaslähtöisellä ja taloudellisesti kestäväällä tavalla sekä eriarvoisuuden vähentäminen. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015, 8.)

Ohjelman mukaan riskiryhmien hyvinvointia, terveyttä ja osallisuutta parannetaan, jolloin huomiota tulee kiinnittää erityisesti mielenterveys- ja päihdeongelmaisiin, pitkäaikaistyöttömiin, asunnottomiin sekä maahanmuuttajiin. Tähän liittyen tarvitaan yhteistyön selkiinnyttämistä ja jäntevöittämistä eri palvelun tarjoajien välillä. Kaste-ohjelmassa mainitaan mm. helposti hakeuduttavien mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittäminen kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaisesti. (Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015, 11.)

Suomessa on käynnissä viisi suurta, Kaste-ohjelmaan kuuluvaa, mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankekokonaisuutta. Yhteistä näille kaikille hankkeille on mielenterveys- ja päihdetyön ennaltaehkäisevä näkökulma. (Moring ym. 2011, 5.)

3.4.3 Mietippä-hanke

Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke Mietippä on Etelä-Suomen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishanke ja Mielen avaimen osahanke. Mietippä on Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaama ja Kaste-ohjelmaan perustuva hanke. Mietippä-hanke toimii Etelä-Kymenlaakson alueella, jossa hankekuntia ovat Hamina, Kotka, Miehikkälä, Virolahti ja Pyhtää. Hankkeen tavoitteiden avulla parannetaan alueen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden avun saantia, osallisuutta sekä ehkäistään syrjäytymistä. Hankkeen kokonaiskustannukset ovat 658 113 euroa, josta valtionavustuksen määrä vuosille 2010–2012 on 493 585 euroa. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.) Tämän opinnäytetyön toinen tekijä toimii Mietippä-hankkeen projektityöntekijänä ja hankkeen väliraportin toisena kirjoittajana.

Mietippä-hanke on lähtenyt liikkeelle aikaisemmin alueella tehdystä suunnittelutyöstä kehittää mielenterveys- ja päihdepalveluita alueellisesti ja erityisesti tarpeesta luoda alueelle mielenterveys- ja päihdestrategia Mieli-suunnitelman linjauksen mukaisesti. Hankkeen taustalla on myös alueella vuosina 2007–2009 toiminut Triangeli-hanke, jonka havaitsemia kehittämistarpeita lähdettiin toteuttamaan Mietippä-hankkeessa. Triangeli-hankkeessa huomattiin mm. palvelujen eriytyneisyys ja yhteistyön puute mielenterveys- ja päihdeasiakkaita hoitavien tahojen välillä. Laajemmin katsottuna hankkeen taustalla on ollut tutkimus ja tilastollinen näyttö siitä, että päihteiden käyttö ja siihen liittyvät monitasoiset haitat ovat Etelä-Kymenlaaksossa kasvaneet viimeisten vuosien aikana. Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kuntien palveluissa eri toimi-

aloilla erillään ja osaamista löytyy, mutta se on hajanaista. Toiminta- ja yhteistyömallit mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa sekä perusterveydenhuollon että eri erityispalveluiden välillä ovat osittain epäselvät. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

Mietippä-hankkeen kehittämistoiminnan taustalla on neljä erillistä tavoitetta, joista ensimmäisenä on syyskuussa 2010 toimintansa aloittanut mielenterveys- ja päihdeongelmaisille tarkoitettu ympärivuorokautinen arviointi- ja kuntoutumisyksikkö Neppari. Nepparissa kehitetyn integroidun hoitomallin avulla on vastattu joulukuuhun 2011 mennessä 17 mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoidon tarpeeseen. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

Osaamisen lisäämisen tavoitteen kautta on hankealueella järjestetty yhteistyökumppaneiden (Järvenpään seurakuntaopisto, Sininauhaliitto, Kymen A-klinikkatoimi) kanssa vuoden mittainen 2D-verkostokoulutus vuoden 2011 aikana. Osaamisen lisäämistä ja verkostoitumista on tuettu myös avoimien seminaarien ja erilaisten yhteistyöpalaverien ja verkostotyöskentelyn kehittämisen kautta. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

Kolmantena tavoitteena on ollut mielenterveys- ja päihdetyön osaamisyksikkömallin kehittäminen. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamisyksikkö Mietippä on aloittanut toimintansa syyskuussa 2011. Osaamisyksikkö tarjoaa jalkautuvaa konsultaatiota mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon tarpeen arviointiin, palveluohjaukseen ja hoitoon. Lisäksi mielenterveys- ja päihdeasioihin liittyvä koulutuksellinen konsultaatio on yksi osaamisyksikön työmenetelmistä. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

Mietippä-hankkeen neljäntenä tavoitteena on yhteisen alueellisen mielenterveys- ja päihdestrategian rakentaminen vuosille 2012–2016. Hankkeessa on suunniteltu strategiayön runko ja kunnat ovat nimenneet yhteyshenkilöt strategian rakentamiseksi. Elämänkulkumallin mukaisesti perustetuissa työryhmissä on mukana yhteensä noin 48 sosiaali- ja terveystyöntekijöiden, järjestöjen sekä kokemusasiantuntijoiden edustajaa hankkekunnista. Mielenterveys- ja päihdestrategiayön kautta rakennetaan yhteistä linjausta hankealueen mielenterveys- ja päihdepalvelujen pitkäjänteiselle ja tarpeenmukaiselle kehittämistyölle. Tarkoituksena on vahvistaa yhteistyötä, osallisuutta, hyvinvointia sekä asiakkaan ja palvelujen käyttäjien asemaa. Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian pääkehittämiskohteiksi vuosille 2012–2016 on valittu ennalta eh-

käisy sekä mielenterveys- ja päihdetyön vahvistaminen ja yhteistyön lisääminen. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

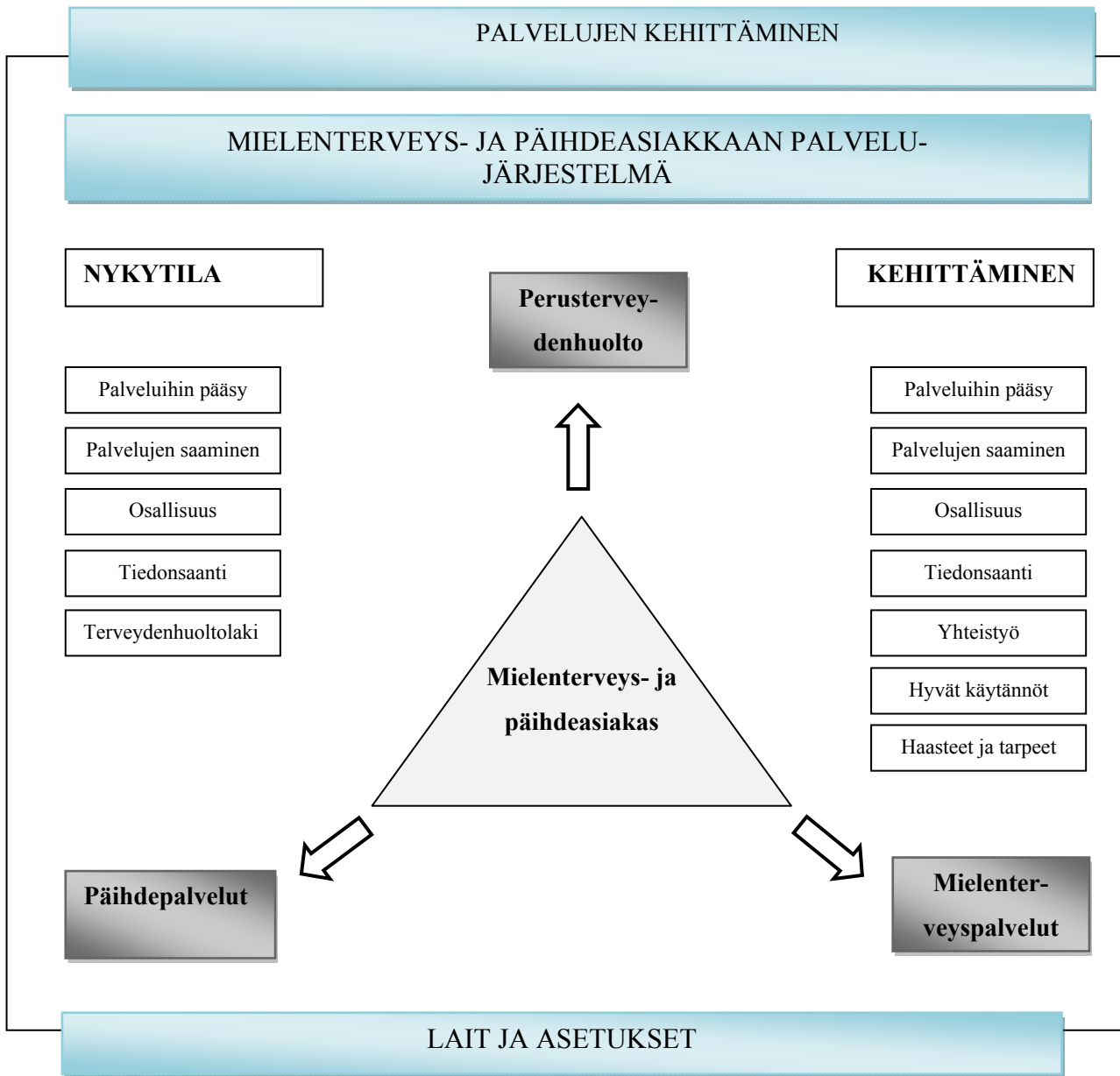
Strategian rakentamiselle on luotu koordinoitu strategiaprosessi, joka pohjautuu alueen nykytilaan, huomioiden lait ja suositukset, alueen aiempien hankkeiden tulokset sekä kuntien suunnitelmat. Mietippä-hankkeessa on toteutettu kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen kuulemistilaisuuksia strategiatyön tueksi syksystä 2010 lähtien. Hankkeen työntekijät ovat linjanneet kansallisten tavoitteiden, nykytilaselvityksen ja ohjausryhmätapaamisten pohjalta strategian vision, arvot, painopisteet, seurantasuunnitelman sekä strategiatyöryhmien muodostamisen periaatteet, jotka on hyväksytetty hankkeen ohjausryhmässä. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian arvoiksi on yhdessä hankkeen ohjausryhmän kanssa linjattu asiakaslähtöisyys, osallisuus, ihmisarvo ja ammatillisuus. Strategian visiona on Etelä-Kymenlaakson asukkaiden mielenterveyden edistäminen ja päihteiden käytön vähentäminen sekä haittojen ehkäisy, jotka pohjautuvat laadukkaaseen, asukkaiden osallisuutta edistävään seudulliseen yhteistyöhön. (Ruusu & Sohlman 20.12.2011.)

4 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tieteellisen tutkimuksen päämääränä on teorian aikaansaaminen tai siihen pyrkiminen, jolloin tutkimuksen tulokset pyritään esittämään arkipäiväisen kokemuksen ylitävinä teorioina. Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys on tärkeä, koska se tarjoaa oikopolun kommunikoinnille ja järjestää sekä luo uusia ideoita. Teorian avulla voidaan lisäksi selittää ongelman monimutkaisuutta, luoda selityksiä ja ennusteita sekä pystytään osoittamaan näennäisesti erillisten ongelmien yhteenkuuluvuus. (Hirsjärvi ym. 2009, 142.)

Kuvassa 10 on esitetty tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys.



Kuva 10. Teoreettinen viitekehys

Tämä opinnäytetyö on toteutettu laadullisena tutkimuksena, jonka tunnuspiirteinä on, että tutkimustehtävät saattavat muuttua tutkimuksen edetessä. Tutkimukseen tulee kuitenkin löytää juoni tai johtoajatus, jonka mukaan voidaan määrittää tutkimusongelmat. Täsmennyksen ja analysoinnin avulla voidaan tutkimukseen määrittää osaongelmia. Jos tutkimuksessa on vain yksi ongelma tai useampi samantasoinen ongelma, ei eroa pää- ja osaongelmiin ole välttämättä mielekasta tehdä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 126.)

Opinnäytetyön tutkimusongelmat liittyvät mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden käyttämiin palveluihin ja niiden kehittämiseen, jolloin ongelmat ovat hyvin samantasoisia. Tämän vuoksi niitä ei ole mielekästä jakaa eritasoisiin tutkimusongelmiin. Tutkimusongelmat jakautuvat kahteen eri tutkimuskysymykseen, joilla kartoitetaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen nykytilannetta ja palveluiden kehittämistarpeita mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon palveluissa.

1. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelut toteutuvat Etelä-Kymenlaakson mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa?

2. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja tulisi kehittää Etelä-Kymenlaakson mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa?

5 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

Lähtökohtana opinnäytetyössä on laadullinen tutkimus, jonka aineisto on kerätty teemahaastatteluilla. Aineiston analyysi on toteutettu deduktiivisen sisällön analyysin avulla. Kvalitatiivisen tutkimuksen tunnusmerkkeinä voidaan pitää sitä, että tutkimusta ohjaavat vahvasti mitä-, miksi- ja miten- kysymykset. Tutkimuksen osallistujat on valittu tarkoituksenmukaisuuden perusteella, jolloin on mahdollista saada juuri kaivatua tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Laadullisen tutkimuksen mukaisesti tässä opinnäytetyössä tehdään havaintoja yksittäisistä tapahtumista, jotka yhdistetään laajemmaksi kokonaisuudeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–26.)

Kvalitatiivisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen, joka on moninaista ja siitä on mahdollista löytää monensuuntaisia suhteita. Laadullisessa tutkimuksessa on tärkeää, että henkilöt, joilta tietoa kerätään tietävät tutkittavasta ilmiöstä mahdollisimman paljon tai heillä on kokemusta asiasta. (Hirsjärvi ym. 2009, 161). Tässä opinnäytetyössä tällä tarkoitetaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja, palvelujärjestelmän toimivuutta ja sen kehittämistarpeita sosiaali- ja terveydenhuollon esimiesten kokemana.

5.1 Tutkimuksen lähestymistapa

Tieteenfilosofisena lähestymistapana on tässä opinnäytetyössä hermeneuttis-fenomenologinen tutkimusote. Sen avulla voidaan tutkia ihmisten kokemuksellista

suhdetta maailmaan, jossa hän elää ja se liittyy näin ollen kvalitatiiviseen tutkimusmenetelmään. Hermeneuttis-fenomenologisen lähestymistavan tavoitteena tutkimuksessa on löytää tutkittavan näkökulma tutkittavaan asiaan. Tämän pohjalta tutkija tekee kuvauksen siitä mitä tutkimusaineistossa on sanottu asiasta. Yksittäiset mielelliset merkitykset ovat avainasemassa, sillä niiden kautta on mahdollista tunnistaa merkityssuhteita ja -kokonaisuuksia tutkittavaan aiheeseen liittyen. Lopullinen tulkinta löytyy juuri näiden merkityskokonaisuuksien välisistä suhteista. (Vilkkä 2005, 136–137.)

Tämä opinnäytetyö on tehty vastaamaan alueellisen mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämishankkeen tarpeeseen. Kehittämistyö nähdään toimintana, jonka tavoitteena on luoda uusia tai parempia palveluja tutkimustulosten avulla. Tavoitteena ei ole ainoastaan ongelmien tai käytännön kysymysten ratkaiseminen, vaan niiden kuvaaminen ja eteenpäin vieminen myös laajempaan keskusteluun. Tätä voidaan pitää tiedontuotantona, jossa kysymyksenasettelut nousevat käytännön toiminnasta ja rakenteista. (Toikko & Rantanen 2009, 22.) Tiedontuotannon näkökulma on eräs kehittämistoiminnan näkökulmista. Tutkimus voi liittyä kehittämiseen kolmea kautta: 1. Tutkimusta voidaan hyödyntää tuotettaessa arviointitietoa kehittämistoimien onnistumisesta tai vaikutuksesta. 2. Tutkimustiedon kautta voidaan pyrkiä hyvien käytäntöjen konstruointiin. Hyviksi käytännöiksi muotoiltu kehittämisen tulos on siirrettävissä uusiin toimintaympäristöihin. 3. Tutkimuksen avulla tuetaan kehittämistoimintaa (tutkimusavusteinen kehittäminen). Tutkimus ja kehittäminen integroituvat siis toisiinsa. (Alasoini 2006, 42–43 Toikko & Rantanen. 2009, 11 mukaan.)

Kehittämistoiminnan tavoite tähtää muutokseen, jolla tavoitellaan jotakin parempaa ja/tai tehokkaampaa kuin aikaisemmat toimintatavat tai -rakenteet. Tavoitteellisuus on kehittämisen keskeinen elementti. Lähtökohtana on nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat, mutta myös näky uudesta (Toikko & Rantanen 2009, 14-16).

Mietippä-hanke koordinoi ja toteuttaa Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategiatyötä vuosille 2012–2016. Tämä opinnäytetyö on tehty ko. hankkeelle ja tarkoituksena on ollut antaa sille tutkimuksellista näyttöä siihen miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelut näyttäytyvät palveluntarjoajien näkökulmasta mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa ja miten palveluja tulisi kehittää, jotta päästäisiin toimivampaan palvelujärjestelmään.

Opinnäytetyön kautta pystytään kuvaamaan perusterveydenhuollon sekä mielenterveys- ja päihdepalveluntarjoajien näkemyksiä liittyen palvelujen nykytilaan ja kehittämiseen. Opinnäytetyö tuo tutkimuksellista näyttöä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian tueksi ja sen kautta voidaan nostaa asioita esille myös laajempaan keskusteluun Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistoiminnan tueksi.

5.2 Teemahaastattelu aineiston hankintamenetelmänä

Tämän opinnäytetyön tiedonkeruumenetelmänä on käytetty teemahaastattelua. Haastattelu tiedonkeruumenetelmänä antaa mahdollisuuden säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen mukaan ja vastaajia myötäillen. Haastattelussa aiheiden järjestystä voidaan säädellä ja selventää sekä syventää saatavia vastauksia helposti. Tämän lisäksi haastateltavat on helppo tavoittaa myöhemminkin jos aineistoa on tarpeen täydentää. (Hirsjärvi ym. 2009, 205.)

Teemahaastattelu on valittu tämän opinnäytetyön aineistonkeruu menetelmäksi, koska ihminen on tutkimustilanteessa subjektina, jolloin hänelle annetaan mahdollisuus tuoda esille itseään koskevia asioita mahdollisimman vapaasti. Haastateltava saattaa kertoa aiheesta myös laajemmin mitä haastateltava on odottanut. Näin voidaan saada arvokasta tietoa kehittämistyön kannalta. Haastattelun avulla voidaan tuottaa vastauksia monitahoisesti ja moniin suuntiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 205.) Teemahaastatteluilla saimme monipuolisesti vastauksia palveluiden- sekä palvelujärjestelmän nykytilasta, kehittämistarpeista ja jo olemassa olevista hyvistä käytännöistä. Tämän opinnäytetyön aiheen tutkimisen onnistuminen edellytti, että vastaajat saivat ilmaista kokemuksiaan ja mielipiteitään laajasti omin sanoin uuden tiedon tuottamiseksi, jolloin teemahaastattelu valikoitui sopivimmaksi tiedonkeruumenetelmäksi.

Teemahaastattelun kysymyksenasettelu ja käytetyt teemat on laadittu tutkimus- ja teoriatiedon sekä käytännön toiminnan ja rakenteiden pohjalta. Hirsjärvi & Hurmeen (2006, 66) mukaan teemahaastattelun suunnittelussa yksi tärkeimmistä tehtävistä on juuri haastatteluteemojen suunnittelu. Haastattelurungon suunnittelussa ei laadita yksityiskohtaista kysymysluetteloa, vaan luettelo teema-alueista. Teema-alueet edustavat teoriasta tai nousseiden pääkäsitteiden tarkennettuja ja pelkistettyjä alakäsiteluelloita. Teemaluettelo toimii näin haastattelutilanteessa haastattelijan muistilistana ja kes-

kustelua ohjaavana runkona. Teemahaastattelussa edetään siis tiettyjen etukäteen valittujen keskeisten teemojen ja näihin liittyvien tarkentavien kysymysten avulla (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Teemoja voidaan tarvittaessa tarkentaa lisäkysymyksillä sekä tutkittavan että tutkijan toimesta. Varsinaisten teema-alueiden tulisi olla riittävän väljiä, jotta tutkittavan ilmiön todellisuus paljastuisi mahdollisimman hyvin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66.)

Opinnäytetyön teemahaastattelurunko (liite 1) muodostui kahdesta osiosta, joita olivat nykytila ja kehittäminen. Molempien osioiden yhteisiä haastatteluteemoja olivat palveluihin pääsy, palvelujen saaminen, osallisuus ja tiedonsaanti. Nykytilassa huomioitiin lisäksi uusi terveydenhuoltolaki. Teemat valikoituivat mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon palvelujen periaatteista ja palveluja ohjaavista laeista. Teemojen valintaa ohjasi myös opinnäytetyön tekeminen Mietippä-hankkeelle mielenterveys- ja päihdestrategian tueksi. Kehittäminen osiossa otettiin edellä mainittujen teemojen lisäksi mukaan yhteistyön kehittäminen, alueelliset hyvät käytännöt sekä haasteet ja tarpeet, jotka nousivat esille alueella toteutettavasta kehittämistoiminnasta sekä palvelujen rakenteista.

Teemahaastattelussa on tärkeää, että haastattelija on perehtynyt aiheeseen, tuntee aihepiirin ja tästä syystä osaa keskustella asiasta. Haastattelijan on tärkeää olla selkeä ja pystyä suuntaamaan haastattelutilannetta. Itse haastattelutilanteessa haastattelija voi jatkaa ja syventää keskustelua tutkimusintressien ja haastateltavan kiinnostuksen sekä edellytysten sallimalla tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 68.)

Haastattelutilanteiden aikana pystyimme säätämään aiheiden järjestystä, sekä selventämään ja syventämään kysymyksiä, jotta kaikkiin tutkimuskysymysten kannalta oleellisiin asioihin saatiin vastauksia. Kaikki haastateltavat toimivat myös Mietippä-hankkeen yhteistyökumppaneina tai sidosryhminä, joten heidät olisi tarvittaessa ollut helppo tavoittaa myöhemminkin, mikäli aineistoa olisi ollut tarpeen täydentää. Haastattelujen toteuttamista helpotti molempien tutkijoiden kokemus mielenterveys- ja päihdetyön saralta.

5.3 Aineiston hankkiminen ja tiedonantajat

Haastateltavien valinnassa on tärkeää, että heidät valitaan tutkittavaa asiaa koskevan asiantuntemuksen perusteella (Vilkkä 2005, 114). Tiedonantajat oli tässä opinnäyte-

työssä rajattu tarkasti ja harkinnanvaraisesti heidän asiantuntemuksensa perusteella. Haastatteluja tehtiin yhteensä kymmenen kappaletta. Kaikki haastattelut olivat yksilöhaastatteluja, joihin molemmat opinnäytetyön tekijät osallistuivat. Haastateltavat jakautuivat siten, että haastatelluista kaksi oli päihdepalvelujen esimiehiä, kolme mielenterveyspalvelujen ja loput viisi oli perusterveydenhuollon esimiehiä (N=10). Aineiston hankkimista varten opinnäytetyölle haettiin tutkimusluvat A-klinikkasäätiöltä, Pyhtään kunnalta, Kotkan kaupungilta, Haminan kaupungilta sekä Kaakon kaksikon sosiaali- ja terveyspalveluista.

Tutkimuksen kaikki haastattelut nauhoitettiin ja haastateltavilta kysyttiin erikseen lupa haastattelujen nauhoittamiseen. Haastattelujen tallentaminen oli välttämätöntä, jotta tutkittavan ilmiön kuvaus toteutui mahdollisimman tarkasti (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74–75). Kaikki haastattelut kestivät ajallisesti 50 minuutista yhteen tuntiin.

Haastattelupaikkana voi toimia mikä tahansa paikka, mutta yleisimmin se on esim. haastateltavan työpaikka. Teemahaastattelu edellyttää hyvää kontaktia haastattelijan ja haastateltavan välillä, minkä takia ympäristön tulee olla rauhallinen ja tuttu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 74.) Tämän opinnäytetyön kaikki haastattelut toteutettiin haastateltavien valitsemassa paikassa ja ne tapahtuivat kaikki heidän omilla työpaikoillaan. Haastatteluajankohdat olivat ennalta, hyvissä ajoin sovittuja. Haastatteluun käytettävästä ajasta (noin yksi tunti) kerrottiin haastateltaville jo etukäteen sähköisesti lähetyksissä saatekirjeissä sekä lisäksi asiasta mainittiin vielä puhelinyhteydenoton yhteydessä. Tämä helpotti paitsi haastateltavien, myös haastattelijoiden työn suunnittelua. Osa haastateltavista oli ennalta tuntemiamme henkilöitä työmme kautta. Koimme tämän myönteisenä tekijänä haastattelun sujuvuuden ja syvällisempään keskusteluun pääsemisen kannalta. Kaikki opinnäytetyön haastattelutilanteet tuntuivat luontevilta.

Haastateltavien määrää olisi voitu vielä lisätä tutkimuksen edetessä, mutta aineisto saavutti saturaation eli kylläntymisen tunnusmerkit. Hirsjärvi, Remes & Sajavaara (2009, 182) mukaan aineisto on riittävä silloin, kun saturaatio on saavutettu.

5.4 Aineiston käsittely ja sisällönanalyysi

Aineisto litteroitiin eli kirjoitettiin tekstiksi tutkijoiden toimesta teema-alueiden mukaisesti. Aineiston keruun jälkeen analyysi aloitettiin heti, jolloin aineistoa olisi voitu helposti täydentää ja selventää tarvittaessa (Hirsjärvi ym. 2009, 222). Yhden haastatte-

lun litterointi vei aikaa kuudesta kahdeksaan tuntia. Tekstiä kertyi noin kymmenen sivua yhtä haastattelua kohden eli yhteensä litteroitua tekstiä kertyi sadan sivun verran. Aineiston litteroinnin ja analysoinnin jälkeen äänitteet hävitettiin asianmukaisesti.

Aineiston analyysin avulla luodaan selkeä kuvaus ja johtopäätökset tutkittavasta ilmiöstä (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Analyysimenetelmänä käytimme sisällönanalyysia, joka on aineistojen perusanalyysimenetelmä. Sisällönanalyysillä pystytään tiivistämään aineistoa, jolloin tutkittavia ilmiöitä kuvataan yleistävästi. Sisällönanalyysin avulla tavoitetaan aineiston merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Aineiston käsittelyssä pyritään kuitenkin kokonaisvaltaisuuteen sikäli, että tutkittavaa ilmiötä pyritään ymmärtämään suhteessa kontekstiinsa ja tutkittujen tapahtumien erityispiirteisiin (Aaltola & Valli 2001, 68).

Sisällön analyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Tässä opinnäytetyössä on käytetty deduktiivista sisällönanalyysia. Aineiston analyysiprosessi keskittyy tutkimuksessa ilmisisältöihin ja se jaetaan analyysiyksiköihin eli teemoihin, joita tarkastellaan suhteessa tutkittavaan ilmiöön. Tällöin aikaisempi tieto ja teoria ohjaavat analyysia luokittelujen vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Teorialähtöisessä sisällön analyysissä luokittelu perustuu aikaisempaan teorian pohjalta luotuun viitekehykseen. Teorialähtöisen sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen. Analyysirunko voi olla väljäkin ja sen sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia noudattaen edellä mainittuja, teorialähtöisen sisällön analyysin periaatteita. Aineistosta voidaan poimia ne asiat, jotka kuuluvat analyysirunkoon ja / tai ne asiat jotka jäävät rungon ulkopuolelle. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 116.) Haastatteluja luettiin litteroinnin jälkeen useaan kertaan läpi, joka helpotti yleiskuvan muodostamista ja aineiston pelkistämistä. Tämän jälkeen tehtiin teema-alueiden mukaisesti taulukot, joissa alkuperäinen ilmaus seuraavassa vaiheessa pelkistettiin eli purettiin osiin.

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaukset käydään läpi ja etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia käsitteitä. Sen jälkeen samaa asiaa tarkoittavat käsitteet ryhmitellään, yhdistetään luokaksi ja nimitetään luokan sisältöä kuvaavalla käsitteellä. Tällöin yksittäiset tekijät sisällytetään ylei-

sempiin käsitteisiin. Klusteroinnissa luodaan pohja koko tutkimuksen perusrakenteelle sekä tutkittavan ilmiön kuvaukselle. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 113.) Kaikki pelkistetyt ilmaukset liitettiin aihealueittain oikean haastatteluteeman alle taulukossa. Haastatteluteemat toimivat näin sisällönanalyysin luokittelua ohjaavina yläkategorioina. Alkuperäinen yhteys säilytettiin haastattelujen numeroinnin avulla koko prosessin ajan. Tässä opinnäytetyössä aineiston ryhmittelyn pohjalta muodostettiin sisällön mukaisesti nimetyt alakategoriat käytössä olleille haastatteluteemoille.

Aineiston klusterointia seuraa aineiston abstrahointi. Tässä vaiheessa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Käytännössä klusterointi on jo osa astrahointiprosessia. Abstrahoinnissa eli käsitteellistämisessä edetään teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Sisällönanalyysi perustuu tulkinnaan ja päättelyyn, jossa edetään empiirisestä aineistosta kohti käsitteellisempää näkemystä. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 114–115.) Tämän opinnäytetyön analysoinnissa on yhdistävinä kategorioina käytetty tutkimusongelmiin pohjautuvia palvelujen nykytilaa ja kehittämistä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavissa alaluvuissa on esitelty opinnäytetyön tutkimustulokset palvelujen nykytilan sekä kehittämisen mukaisesti.

6.1 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen nykytila

Opinnäytetyössä oli asetettu kaksi tutkimuskysymystä, joista ensimmäisellä haluttiin kartoittaa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palveluja mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa Etelä-Kymenlaakson alueella. Tulokset esitellään seuraavaksi luokiteltuina teemojen mukaisesti.

6.1.1 Palveluihin pääsy

Kymmenestä haastatellusta kahdeksan toi esille sen, että mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon palveluihin pääsi akuutti- ja kriisitilanteissa nopeasti. Vastajista 2 edusti päihdepalveluja, 3 perusterveydenhuollonpalveluja ja 3 mielenterveyspalveluja. Esimerkiksi päihdepalveluihin pääsy oli asiakkaiden akuutti- ja kriisitilanteissa turvattu päivystysajoilla. Päihdepalveluilla oli lisäksi toiminnassa matalankyn-

nyksen päiväkeskus, jonne asiakas sai tulla halutessaan. Mielenterveyspalveluilta löytyi myös oma matalankynnyksen palvelunsa, josta esimerkkinä mainittiin akuuttityöryhmä. Kaikki viisi perusterveydenhuollon haastateltavaa kertoivat, että akuutti ja kriisitilanteissa oli myös perusterveydenhuollon palveluihin pääsy turvattu. Kuitenkin kiireettömissä asiakastapauksissa palveluihin pääsy oli vaikeaa. Esimerkiksi perusterveydenhuollon viisi haastateltua toivat esille omien palveluidensa tarjoamien lääkäriaikojen vähyyttä, lääkäriaikojen saannin vaikeutta, pitkiä jonoja ja hoitoon pääsyn hitautta, jotka kaikki vaikeuttivat asiakkaan hoitoon pääsyä kiireettömissä tapauksissa:

”Se mitä hirveen paljon kritisoidaan on jonot, et ei pääse nopeasti ja hoitoon pääsy aika on pitkä. Vaikka tällä hetkellä ollaan ainakin kohtalaisella tasolla, niin siihen ympyrään pääsy kestää ja joskus meidän näkökulmasta katsottuna se on turhan pitkä aika.” H2, pth.

”Nää lievemmat mielenterveyshäiriöt, niissä on vaikeuksia saada lääkäriaikoja, ne menee meillä usein kuukauden tai pidemmänkin ajan päähän, ennen kun saa ajan” H4, pth.

”Meille ei ole jonoa. Varmaan siksi et me otetaan kaikki asiakkaat jos ei muuten ni päivystys ajalla sitten, ainakin niinku alotellaa sitä, et sen takii ei varmaan jonoo olekaan. Meidän päivystykset on kello 8-10 ja 12–14. Eli 4 tuntii on päivässä päivystysaika eli sillon pääsee aina, kun tulee”. H8, ph.

Perusterveydenhuollon ja päihdehuollon palvelujen piiriin pääsemiseksi asiakas ei tarvinnut lähetettä, joka taas mielenterveyspalveluihin pääsemiseksi tarvittiin (ei koske matalankynnyksen palvelua). Perusterveydenhuollossa hoidontarpeenarvointiin pääsi sairaanhoitajalle, aluehoitajalle tai terveydenhoitajalle. Päihdepalveluissa hoidontarpeen arvioi sairaanhoitaja. Mielenterveyspalveluihin pääsyssä lähettävä lääkäri teki kiireellisyysasteenarvioinnin jonka perusteella hoitoon pääsy toteutettiin.

Perusterveydenhuollon palveluissa koettiin mielenterveyspalvelujen saamisen pitkät viiveet ilman asiakkaan akuuttitilannetta ongelmallisina. Mielenterveyspalvelujen saaminen mainittiin kolmessa perusterveydenhuollon haastattelussa viidestä ja yhdessä päihdehuollon haastattelussa kahdesta vaikeaksi erityisesti myös silloin, kun asiakkaalla oli mielenterveysongelman lisäksi päihdeongelma:

”Olen edelleen sitä mieltä, että meidän avopuolen terveysaseman sairaanhoitajan mahdollisuudet ja keinot puuttua mielenterveys- ja päihdeongelmiin on aika pienet ja se osaaminen, että osataanko siihen puuttua, pystytäänkö siihen puuttua. Luulen, että valtaosalla keinot puuttua on pienet ja osaaminen on aika vähäistä.” H2, pth.

”Meidän hoitajat kokee vaikeena nää mielenterveyspotilaat ja heidän hoitamisensa, ja samoin päihdeasiakkaatkin. Helpompi on hoitaa vaikk diabetesta tai osteoporoosia tai jotain muuta.” H4, pth.

”Mielenterveyspalveluihin pääsy näkyy päihdehuollosta käsin, niin että ”A-klinikan asiakkaiden pääsy sinne on ollu aika vaikeeta, vaikka on ollu pitkäkin raittiuskina takana. Et ei oo hyväksytty asiakkuuteen sinne, sellasii tapauksii on” H1, ph.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito koettiin myös mielenterveyspalveluissa vaikeaksi tai haasteelliseksi:

”Jos asiakkaalla on päihdeongelma vaikka masennuksen rinnalla, ni kyllä se aiheuttaa aikamoista päänvaivaa täällä meille. Ihan jo lääkityksenkin suhteen, koska ei sil lääkityksel o minkäännäköst merkitystä eikä hyötyy”. H9, mt.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoitoa vaikeutti kahden perusterveydenhuollon haastateltavan mukaan myös riittämättömästä yhteistyöstä johtuva huono tiedonkulku muiden asiakasta hoitavien tahojen välillä. Tämä koettiin osittain heikentävän asiakkaan palveluihin pääsyä:

”Meille terveyskeskukseen tulee myös niitä asiakkaita, jotka on mielen- terveystoimistosta palaamassa. Ja siinä koetaan vähän sellasta tiedon- saanti ongelmaa et ei ole aina asiakkaita ohjattu et ne ois allekirjottanu niitä paperita et me täällä nähtäs ps-lehtee, et se hoitokertomus, se yh- teistyö, se saumaton yhteistyö. Ja se ei oo aina kuitenkaan riittävää eh- kä, et se ois hyvä kuitenkin et sitä ois enemmän” H6, pth.

Perusterveydenhuolto nosti kuitenkin yhdessä haastattelussa esille, että yhteistyö ja tiedonkulku oli toiminut A-klinikan kanssa, vaikka yhteistä potilastietojärjestelmää ei ollut käytössä:

”Asiakkaan hoitopolku ja hoitoprosessi on A-klinikan osalta hyvinkin selkeä ja syy on pelkästään siinä, että niitä on nyt ihan lähiaikoina tarkistettu ja ne kirjoitettu auki ja viralliseen muotoon ja sitä yhteistyötä on koko ajan madallettu. Saamme hyvin tietoa sieltä, ja sieltä päin kysytään myös tietoja. Toimii tällä hetkellä oikeestaan niin hyvin, kuin se voi toimia, ottaen huomioon ettei meillä ole yhteistä potilastietojärjestelmää”.
H2, pth.

Alla olevassa taulukossa 1 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät palveluihin pääsyssä.

Taulukko 1. Palveluihin pääsyn alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain				
Nykytila	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Kriisi- ja akuutti tilanteissa nopea palveluihin pääsy turvattu	3	3	2	8/10
Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan hoito vaikeaa	5	1	-	6/10

6.1.2 Palvelujen saaminen

Perusterveydenhuollon viisi haastateltua kertoivat, että heille palveluihin ohjaututaan yleisimmin itse oma-aloitteisesti, mutta myös omaisten tai läheisten kautta. Kotihoito, poliklinikat ja päivystykset mainittiin kolmessa haastattelussa. Lisäksi palveluihin mainittiin yksittäisinä vastauksina ohjaututtavan myös Väylän, A-klinikan ja mielen- terveystoimiston lähettäminä sekä, myös mielen-terveystoimistosta palaavana asiakkaana, jolloin asiakkaan hoito Mielenterveystoimistossa oli loppunut.

Päihdepalveluiden kaksi haastateltua kertoivat palveluihin ohjaututtavan joko itse oma-aloitteisesti tai omaisten tai läheisten kautta. Lisäksi yksittäisinä vastauksina

mainittiin sosiaalitoimi, lastensuojelu, koulu, sairaaloiden vuodeosastot sekä Väylä ja työsiirtola kautta.

Mielenterveyspalvelujen kolme haastateltua kertoivat heidän palveluihinsa ohjautuvan itse oma-aloitteisesti, terveyskeskuksen, työterveyden, sairaaloiden ja lääkäriasemien, psykiatrian poliklinikoiden ja sosiaalityöntekijöiden kautta.

Mielenterveyspalveluiden yksi haastateltava toi palveluiden saamisessa esille huolensa perusterveydenhuollon henkilökunnan osaamisen tasosta mielenterveysasioissa:

”Mikä on se perusterveydenhuollon osaamisen taso, josta me ollaan aika huolissaan, niinku puhtaasti mielenterveysasiakkaiden kohdalla. Koska esim. depression havaitseminen sillon, kun siihen liittyy somaattisia oireita niin se on kyl tosi heikkoa.” H10, mt.

Perusterveydenhuollonpalveluiden viidestä haastatellusta neljä toivat haastatteluissaan esille, että heidän palveluissaan olisi tarvetta mielenterveysosaamiselle. Seuraavassa on näistä kaksi kommenttia:

”Nyt on ollu puhetta et saatat tänne terveyskeskuksiin mielenterveyshoitajii. Niitähän oli joitakin vuosia sit. Et tarvetta sille on kyllä.” H7, pth.

”Pyritään tietysti auttamaan ja etsimään hoitopolkuja ja auttamaan eteenpäin kyllä, mutta varmaan tää on, ettei oo niin helppoa ja se mitä me täällä kaivattais on psykiatrinen sairaanhoitaja. Selkeesti sitä osaamista, koska masennustakin on niin paljon ja semmosta seurantaa ja siihen liittyvää ennaltaehkäisyä.” H5, pth.

Yksi perusterveydenhuollon haastatelluista kertoi, että heillä oli aiemmin työskennellyt psykiatrinen sairaanhoitaja. Psykiatrisen sairaanhoitajan työskentely terveysasemalla oli koettu erittäin helpottavana, hyvänä ja tarpeellisena tekijänä työntekijöiden näkökulmasta katsottuna. Psykiatrisen sairaanhoitajan puuttuminen omasta terveyskeskustoiminnasta koettiin suurena puutteena.

”Meil on ollu taannoin yksi sairaanhoitaja, jolla oli psykiatrisen sairaanhoitajan tausta. Se koettiin hyväksi, kun omalla terveysasemalla oli

psykiatrinen sairaanhoitaja ja se viel otti hyvin joustavasti mahdollisuuksien mukaan jo samana päivänä asiakkaan. Et ihan pelkästään jo se tieto, mitä hän antoi meille, esimerkiksi ihan kahvikupin ääressä, et niin kuin joku taakka olis pudonnut pois”. H2, pth.

Yksi viidestä perusterveydenhuollon haastattelusta kertoi, että heidän terveyskeskukseen oli juuri saatu psykiatrinen sairaanhoitaja, jonka toimintakenttänä oli pääasiassa vanhustyö. Yksi haastatelluista mainitsi myös päihdeosaamisen tärkeyden, jota heillä kehitettiin yhdessä kunnan laaja-alaisen päihdeyhdyshenkilöverkoston avulla.

Mielenterveyspalveluiden yksi haastateltava kertoi asiakkaiden kertomuksiin perustuen, että alkoholia käyttävien asiakkaiden saama palvelujenlaatu perusterveydenhuollossa oli ollut muutamissa tapauksissa selvästi huonompaa verrattuna muihin asiakasryhmiin:

*”Et tuntuu olevan erityisen vahvat tunnot perusterveydenhuollon puolel-
la siinä, et ku tulee henkilö, jolla haiskahtais olevan jotakii päihdepuo-
len problematiikkaa, niin jostain kumman syystä se tutkiminen on ollut
kauheen huonoo mun mielestä, et asiakkaat ei saa samanlaista palvelua
tai sit tulee niinku sellasii töksäytyksii. Et asiakas on kokenu, et on tullu
huonosti kohdelluksi. Et ei ole tullut kuulluksi.” H10, mt.*

Alla olevassa taulukossa 2 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät palvelujen saamisessa.

Taulukko 2. Palvelujen saamisen alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Nykytila	Perus- terveyden- huolto (n=5)	Mielenterve- ys-palvelut (n=3)	Päihde- palvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Palveluihin ohjautuminen itsenäisesti	5	2	2	9/10
Mielenterveys osaamisen puuttuminen	4	1	-	5/10

6.1.3 Osallisuus

Perusterveydenhuollon kolme haastateltua määrittivät osallisuuden toteutuvan hoitosuunnitelmien teossa tai hoidon suunnittelussa yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin asiakkaan kokemuksia oli mahdollista huomioida:

”Mun mielestä osallisuus on niiden asiakkaiden kuulemista, kuuntelemista, asiakkaiden osallistamista. Et tehdään hoitosuunnitelmat ja yhteiset sopimukset asiakkaiden kanssa.” H4, pth.

Myös päihdehuollon haastatelluista yksi ja mielenterveyspalveluiden haastatelluista kaikki kolme näkivät osallisuuden toteutuvan hoitosuunnitelmien teossa:

”Osallisuus tarkoittaa täällä käytännössä varmaan ihan sitä, et jokaiselle tehdään ne yksilölliset hoitosuunnitelmat yhdessä sen asiakkaan kanssa, asiakkaiden tavoitteista lähtöisin. Asiakas laittaa ne tavoitteet, ei työntekijä.” H1, ph.

”Asiakas on osallisena aina siinä oman hoito- ja kuntoutussuunnitelman laatimisessa, joka tehdään aina verkostotapaamisessa”. H10, mt.

Neljä perusterveydenhuollon haastateltua ja yksi mielenterveyspalvelujen haastateltu määrittivät osallisuuden toteutuvan asiakkaiden ja heidän toiveittensa kuulemisena:

”Se mitä osallisuus meillä tarkoittaa ni kyl se varmasti on mielenterveys-työn lähestymisen lähtökohta eli se asiakkaan kuuleminen ja se et asiakas tulee kuulluksi ja tulee ymmärretyksi, koska silloinhan hän luottaa ja kertoo itsestään. Et muutenhan siin tulee semmonen salailun menttali-teetti siihen kerrontaan. Et etenkin päihdeasiakkaan kanssa se luottamus ja tasavertaisen keskusteluilmapiirin saaminen on tosi tärkeätä.” H10, mt.

Osallisuus nähtiin myös neljän haastatellun mukaan asiakkaan sitouttamisena hoitoon- sa ja velvoitteena vastuunottoon omasta hoidostaan. Haastateltavat olivat yksi päihde- palveluista, kaksi mielenterveys- ja yksi perusterveydenhuollonpalveluista:

”Käytännössä meillä on tehty tuo potilasohje, niin sen myötä siinä on kirjattu mitä kuuluu potilaan vastuulle tässä hoitosuhteessa ollessaan. Ja hoitosuunnitelmatilanteissa potilas määrittelee, ottaa vastuuta omasta tilanteestaan, ja yhdessä oman työntekijän kanssa laatii sitä hoitosuunnitelmaa ja sitoutuu myös sitä noudattamaan yhdessä hoitavan henkilön kanssa. Ja ottaa vastuuta siitä omasta lääkehoidostaan ja siitä muusta hoidosta.” H3, mt.

”Asiakkaan omia valintoja ja sellasta motivoivaa haastattelua ja sitten sitä, et mihin asiakas on itse valmis sitoutumaan. Miten se asiakas sitoutuu ja mitkä on ne ongelmat. Mihin hän on valmis panostamaan ja mihin sit paneudutaan”. H5, pth.

Osallisuuteen liitettiin myös yhden päihdepalvelujen ja kahden mielenterveyspalvelujen haastattelun mukaan asiakaspalautteiden huomioiminen:

”Asiakkailta kerätään asiakaspalautetta kerran vuodessa yhden kuukauden ajan, et niitten perusteella arvioidaan yksiköittäin, et onko tarpeeksi laajat palvelut, minkä tasoisia ne palvelut on, mitä tarvis muutoksia tai kehitettävää. Ja niitten pohjalta on muutoksia tapahtunutkin, niitä on pyritty muokata asiakkaiden toiveiden mukaisesti.” H1, ph.

”Meillä asiakaspalvelukyselyt tehdään joka toinen vuosi, et siinä otetaan palautteet huomioon ja pyritään niiden kautta parantamaan palveluja. Ja tietenkin mitä tulee pitkin vuotta vapaaehtoisena palautteena niin niitä kuunnellaan” H3, mt.

Perusterveydenhuollossa osallisuuden toteutumista vaikeuttavina tekijöinä mainittiin yhdessä haastattelussa sairaanhoitajien vastaanottoaikojen ruuhkautumiset sekä tiedonkulun vaikeus eri toimijoiden välillä:

”Siinä on aika paljon sitä salaista tietoa hoitotahojen välillä hyvinkin vaikeuttamassa osallistamista. Et, helpommin mielenterveyspuoli näkee yleislääketieteen puolta, mut sit taas toisinpäin onkin tiukassa. Se on sitä niis sanottua salasta tietoo.” H6, pth.

Päihdepalveluissa asiakkaan oman osallisuuden ja aktiivisuuden omassa hoidossaan katsottiin vievän hoitosuhdetta eteenpäin:

*”Tietyst se vastuu on loppujen lopuksi aina sillä asiakkaalla itsellään, et sitoutuu niihin sovittuihin asioihin. Et tulee varatuille ajoille työskente-
lyn aloittamiseksi.” H1, ph.*

Alla olevassa taulukossa 3 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät osallisuuteen liittyen.

Taulukko 3. Osallisuuden alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain				
Nykytila	Perus- terveyden- huolto (n=5)	Mielen- terveys-palvelut (n=3)	Päihde palvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Osallisuuden toteutuminen hoitosuunnitelmissa	3	3	1	7/10
Asiakkaan toiveiden huomioiminen	4	1	-	5/10
Hoitoon sitouttaminen	1	2	1	4/10
Asiakaspalautteiden huomioiminen	-	2	1	3/10

6.1.4 Tiedonsaanti

Perusterveydenhuollon kaikki viisi haastateltua kertoivat, että asiakkaalle annettiin tietoa hänen omasta päihde- tai mielenterveysongelmastaan keskustellen. Tiedon antajana toimi yleensä lääkäri tai hoitaja. Yksi haastatelluista kertoi, että heidän palvelujensa lääkäreillä oli tapana lukea asiakkaalle tekemänsä lähete, kun asiakas tarvitsi palveluissa eteenpäin ohjausta. Näin asiakas tuli tietoiseksi siitä, mitä hänestä oli kirjattuna:

*”Omasta ongelmasta annetaan tietoa siin keskustelus, et tapanakin on ollu että niille luetaan se lähete että asiakas tietää mitä hänen lähettees-
sään lukee ja hänellä on oikeus tietää mitä hänestä kirjoitettiin. Jotkut lääkärit halua lukea asiakkaalle sen lähetteen et kirjoitin tämmöstä ja onko ok, koska sitte jatkoa ajatellen se on hyvä et jos ollaan samaa mieltä, siitä lähettämisen syystäkin.” H6, pth.*

Päihdehuollon kaksi haastateltua kertoivat, että asiakkaalle annettiin tietoa hänen päihde- tai mielenterveysongelmastaan aina suullisesti keskustellen. Päihdepalveluissa annettiin asiakkaalle tietoa sekä palautetta hänen päihdeongelmansa tilanteestaan mutta myös mahdollisesta mielenterveysongelmasta. Lisäksi asiakkaalle annettiin tietoa organisaation omista palveluista sekä myös muista tarjolla olevista palveluista:

”Heti sil ensimmäisel käynnillä tai sit sillä kartotuskäynnillä käydään läpi nää meidän kaikki hoitovaihtoehdot, et minkälaisii on ja mitä on tarjolla palveluja. Et siinä ensimmäisen kerran niistä informoidaan ja sit hoitosuhteen edetessä matkan varrella niistä muistutellaan uudelleen”
H1, ph.

Mielenterveyspalveluissa asiakkaalle annettiin tietoa suullisesti sekä hänen omasta ongelmastaan, mutta myös tarjolla olevista palveluista, hänen oman hoitonsa onnistumisesta ja päihteiden käytön vaikutuksista hoidon onnistumiseen. Näitä asioita kerrottiin käytävän läpi asiakkaan kanssa pääasiassa lääkärikäynneillä, mutta myös hoitosuunnitelman kartoitushaastatteluissa ja omahoitajakeskusteluissa:

”Siinä alkuhaastattelun yhteydessä tai kun kartotellaan sitä suunnitelmaa niin siinä kerrotaan palveluista ja myös et sosiaalityöntekijän palveluita on mahdollista saada. Et monesti siihen asiakkaan tilanteeseen liittyy taloudellisia vaikeuksia ja sitä kautta sit sosiaalityöntekijä tulee automaattisesti siihen mukaan” H10, mt.

Tietoa asiakkaan omasta ongelmasta antoivat päihdehuollonpalveluissa asiakkaalle hoitajat sekä lääkärit Mielenterveyspalveluissa kolmen haastattelun mukaan tietoa sairaudesta ja oireista antoi ensin lääkäri:

”Lääkäri antaa tietoa omasta ongelmasta ensimmäiseksi, se on hänen tehtävä mun mielestä. Sen jälkeen lähdetään sit niissä omissa omahoitajakeskusteluissa keskustelemaan siitä samasta” H10, mt.

Perusterveydenhuollon palvelut toivat lisäksi esiin, että asiakas sai halutessaan tietoa omasta sairaudestaan lääkäreiden lisäksi myös muulta henkilökunnalta sekä terveyskeskuksen vastaanotosta tai neuvonnasta. Tästä syystä työntekijöiden päivitettyä tie-

toutta tarjolla olevista palveluista pidettiin myös yhden haastateltavan mukaan tärkeänä seikkana asiakkaan tiedon lisäämisessä:

”On tärkeää että koko hoitohenkilökunta, myös lääkärit, on paitsi tietosia tarjottavista palveluista, tai ainakin pitäis olla, mut myös tietysti se, että niitä osataan tarjota, osataan kertoa niistä mahdollisuuksista ja asiakkaan oikeuksista käyttää niitä.” H2, pth.

Kaikki viisi perusterveydenhuollon haastateltua kertoivat, että annettava tieto asiakkaalle on ollut pääasiassa suullista. Lisäksi kolme perusterveydenhuollon haastateltua mainitsi antavansa tietoa asiakkaalle myös kirjallisesti. Kirjallisena tietona kerrottiin hyödynnettävän olemassa olevia materiaaleja sekä esitteitä. Yksi haastateltava mainitsi, että täytetty Audit-lomake toimi heillä kirjallisena materiaalina, joka annettiin asiakkaalle mukaan:

”Kirjallisia esitteitä meil on A-klinikan ja mielenterveyskeskuksen omat ja sit on tehty meille sellanen oma lyhyt luettelo, mistä hoitaja löytää helposti mitä kaikkee palveluja on tarjolla. Ettei sen asiakkaan tarvi etsiä niitä itse, koska se on aikamoinen viidakko, se on hoitajallekin aika viidakko. Niin paljon tietysti kaikkea materiaalia hankitaan tänne, kun on vaan saatavilla.” H5, pth.

”Terveysportin kautta saatetaan yhdessä asiakkaan kanssa etsiä tietoa jota voidaan antaa mukaankin tulosteena. Lisäksi asiakas saa myös Auditin mukaan.” H4, pth.

Kaksi perusterveydenhuollon haastateltua vastasi, että esitteitä käytetään hyvin vähän tai että niitä käytetään ainoastaan henkilökunnan tiedon lisäämisen apuna. Kolme perusterveydenhuollon haastateltua kertoivat, että heidän yksikössään oli aula- tai odotustiloissaan esitteitä ja kirjallista materiaalia yleisesti tarjolla. Esitteet olivat mm. eri sairauksiin, terveyteen tai ennaltaehkäisyyn liittyviä. Lisäksi yksi haastateltava mainitsi heillä olevan tarjolla myös järjestöihin liittyvän materiaalin. Kaikki materiaali oli asiakkaan vapaasti mukaan otettavissa:

”Meillä aulassa paljon esitteitä ja materiaalia ja ilokseni olen huomannut, että ne myös häipyy. Tietoo on huumeet, tupakka, alkoholi yms. Myös joku muu voi sieltä viedä esimerkiksi tutulleen jos on huolissaan niistä asioista.” H5, pth.

Molemmat päihdehuollon haastatellut kertoivat, että he antoivat myös kirjallista tietoa asiakkaalle. Haastateltavat kertoivat hyödyntävänsä internetistä saatavaa tietoa, jota tarvittaessa annettiin asiakkaalle myös mukaan:

”Annetaan suoraa palautetta asiakkaalle siitä miltä meidän näkökulmasta hänen tilanteensa näyttää ja keskustellaan siitä hänen kanssaan. Kirjallista materiaalia annetaan sit tarvittaessa asiakkaalle luettavaksi.” H1, ph.

”Meil ei o esimerkiksi mitää kirjastoo tääl yksikössä, mut et sit me netistä vedetään asioita ja annetaan ihmisille sit mukaankii niit.” H8, ph.

Mielenterveyspalveluissa annettava tieto oli pääasiassa suullista, mutta kahden haastatellun mukaan tietoa annettiin tarvittaessa asiakkaalle myös kirjallisesti. Asiakkaalle annettiin tietoa mm. julkisen- ja yksityisensektorin palveluista. Näistä asioista kerrottiin suullisesti myös haastattelun tai hoitosuunnitelman kartoittamisen yhteydessä:

”Saatetaan antaa semmonen psykoterapiaopas mukaan mis on eri terapioita muodot selostettu ihan kirjallisena, jos tarpeen. Ja sit annetaan ja yksityisterapeuttien nimiä, et keltä vois lähteä kysyy, et jos laitetaan B-lausuntoo Kelaan ja haetaan yksityispuolta. Mut et sekä suullista ja kirjallista tietoo pyritään antamaan asiakkaalle” H9, mt.

”Meil on toi potilasohje ja potilastietoja saa halutessaan paperitulos-teen mukaan.” H3, mt.

Kaksi mielenterveyspalveluiden haastateltua toi esille olemassa olevien materiaalien vähyyden liittyen mielenterveyteen ja sen hoitoon:

”Kirjallista matskua on ainoastaan tullu yks uusi esite et, se on kyl suuri puute.” H10, mt

”Alkoholista annetaan kirjallista tietoa jos se on ongelmaksi ja jos se on siinä mukana. Niin ja ilman muuta siitä myös puhutaan, et milläläilla se on masennukselle haitaksi, mitä se aiheuttaa, mitä alkoholinkäyttö liika-käyttö aiheuttaa. Mut mielenterveydeste ei oikee oo sellast.” H9, mt.

Päihdehuollon molemmat haastatellut toivat esille sen, että asiakkailla oli myös usein ollut valmiina itse hankittua tietoa omasta sairaudestaan vastaanotolle tullessaan:

”Usein asiakas on epätietoinen siitä, et vaik on jonkun diagnoosin sairaalajaksolla saanut, ni sit on ihan ulalla siitä et mitä tää tarkoittaa. vaikka olisi ite etsinytkii siitä tietoo. Niitä sit käydään tarvittaessa myös lääkärinkin kanssa täällä läpi, et varmasti tulee ymmärretyksi, et mikä tämä diagnoosi on.” H1, ph.

Myös kaksi mielenterveyspalvelujen sekä kolme perusterveydenhuollon haastateltua toivat esille, että monilla asiakkailla oli ollut itse hankittua tietoa omasta sairaudestaan jo ennen palveluihin tuloaan. Internet mainittiin suosituimpana ja yleisimpänä tiedonhakulähteenä, jota asiakkaat olivat kertoneet käyttävän:

”Netistähän ne käyvät hakemassa omasta sairaudestaan tietoa. Kyllähän ne netistä omasta ongelmastaan lukee.” H9, mt.

”Jos asiakas itse etsii tietoa, niin netistä löytyy. Ja sieltähän löytyy myös eri palveluvaihtoehtoja, missä hoidetaan, ja miten pääsee.” H4, pth.

”Kyl potilas usein jo tullessaan tietää mistä on kyse et kyl hän masenustilansa yleensä tunnistaa ja tietää siitä. Mut sitä toki ensin kartotetaan.” H9, mt.

Seuraavassa taulukossa 4 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät tiedonsaannista.

Taulukko 4. Tiedonsaannin alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Nykytila	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveys-palvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Kirjallisen aineiston ja esitteiden käyttö palveluissa	3	2	2	7/10
Asiakkaalla itse hankkimaa tietoa sairaudestaan	3	2	2	7/10

6.1.5 Terveystenhuoltolaki

Voimaan 1.5.2011 alkaen astunut terveydenhuoltolaki pyrkii lisäämään asiakkaan vaikutus ja valinnanmahdollisuuksia. Haastatteluja tehdessä oli laki vasta astumassa voimaan, eikä sen tulevista vaikutuksista vielä silloin tiedetty. Perusterveydenhuollon palveluiden kolme ja mielenterveyspalveluiden yksi haastateltava kuitenkin pohti mikä tulee olemaan asiakkaiden liikkuvuuden vaikutus isommissa kunnissa:

”Sitä ei tarkkaan tiedä et miten tää liikkuvuus vaikuttaa sitten. Miten ihmiset hakee palveluita, mitä se oikeesti käytännössä tarkoittaa. Siinä on varmaan vielä avoimia kysymyksiä paljon, mutta kerran vuodessa voi vaihtaa terveysasemaa.” H5, pth.

”En jaksa uskoa et mitää ryntäystä mielenterveyspalveluihin tulee, et jotta pientä liikehdintää aina on, et siel ja siel on paremmin. Tuskin mitää vyöryy minnekään. Sithän sen näkee vuoden sisällä et mitä tapahtuu.” H9, mt.

Yhdessä pienemmässä kunnassa taas pohdittiin sitä, mikä tulee olemaan kesäasukien valinnanvapaus ja miten se tulee vaikuttamaan heidän palveluihin:

”Tääl meillä on paljon kesäasuntoi, ni miten me niinku toteutetaan hoito- ja palvelusuunnitelman mukaisia hoitoja? No se on viel kirjottamatta henkilöstölle auki et miten se sit toimii. Et kesä on lyhyt, mut miten me saadaan se käytännössä toimimaan. Et meidän pitäis jotain tiedotetta laittaa näkyville tohon aika pian et miten me sit niit palveluja annetaan.”

Tää on tietys sama juttu nyt joka paikas et käytännöt on vähä hiomatta.”
H6, pth.

Kaikki viisi perusterveydenhuollon palveluiden haastateltua pitivät lain tuloa hyvänä asiana, mutta sen tulkinnat eivät tällöin olleet vielä selvillä:

”Kauheen kiva olis, että olis niitä tulkintoja, että mitä se laki oikeesti tarkoittaa, potilaan valinnan mahdollisuuksista. Siinä on hirveen hyviä asioita. Siinä on se potilaan valinnanvapaus ja hoitosuunnitelma, mikä on tosi hyvä asia. Mutta mitä ne sit oikeesti tarkoittaa, ja onko ne sit to-sissaan et onko niissä vaikutusta.” H4, pth.

Kahdesta päihdehuollon haastateltavasta toinen oli sitä mieltä, että lain tulo ei suoraan vaikuta päihdehuoltoon:

”Lain tulolla ei varmaan ole paljoa vaikutusta suoraan päihdehuoltoon, en ole kauhean tarkkaan perehtynyt vielä siihen.” H1, ph.

Alla olevassa taulukossa 5 on kuvattu haastateltavien vastausten määrät 1.5.2011 voimaan astuneesta terveydenhuoltolaista.

Taulukko 5. Terveydenhuoltolain alakategoria ja vastausten määrät palveluittain				
Nykytila	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Uusi terveydenhuoltolaki	5	1	1	7/10

6.2 Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittäminen

Tutkimusaineiston kehittämisosion tulokset esitellään haastatteluteemojen mukaisesti. Haastatteluteemat näkyvät myös laatimassamme teemahaastattelurungossa (liite 1). Tuloksissa on verrattu mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon esimiesten vastauksia toisiinsa koko hankealueella.

6.2.1 Palveluihin pääsy

Haastateltavilta kartoitettiin, mitä mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluihin pääsyssä tulisi erityisesti huomioida ja kehittää hankealueella. Palvelujen saatavuutta ja matalaa kynnystä piti suurin osa kaikista vastaajista tärkeänä. Kaikki viisi terveysasemien haastateltua nosti esille, että etenkin tämän asiakasryhmän kynnyksen tulisi olla todella matala. Asiakkaiden avun tarpeeseen pitäisi pystyä vastaamaan jossain muodossa mahdollisimman pian jo kontaktin ottamisvaiheessa. Eri palvelujen lähellä oloa ja mahdollisesti saman katon alla korostettiin:

”Pitäisi olla hirveen matala kynnyks ja huomioida myös muillakin käynneillä, että he usein ”piilottavat” sen johonkin somaattiseen vaivaan. Se pitäisi pystyä tunnistamaan. Ja, että asiakkaat saisivat avun yhden oven periaatteella. Silloin kun he lähtevät hakemaan apua, olisi se saatava sillä kertaa. Seuraavana päivänä se asia ei enää välttämättä kiinnosta ja esim. masentunut ei välttämättä jaksakaan.” H4, pth.

Mielenterveyspalveluista esille nousi nuorten matalan kynnyksen palvelujen tarve alueella. Varhaisempi puuttuminen ja ennaltaehkäisy jo ennen varsinaista hoidon tarvetta edistäisivät aitoa puuttumista ja ennaltaehkäisisivät nuorten syrjäytymiskehitystä.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluihin pääsyn kehittämisen kohdalla pidettiin osaamisen ja verkostoitumisen lisäämistä eri palvelujen välillä tärkeänä. Etenkin osa perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen edustajista, yhteensä puolet kaikista haastatelluista, nosti esille osaamiskysymykset. Erityispalvelujen näkökulmasta psykiatrisen osaamisen lisääminen terveyskeskuksissa toisi lisäarvoa jo palveluihin pääsyn vaiheessa vähentämällä läheteiden määrää ja muuttamalla palvelurakennetta yksinkertaisemmaksi. Kolme viidestä perusterveydenhuollon haastellusta nosti esille sekä mielenterveys- että päihdeasiakkaiden kohdalla tarvittavan avoimempaa ja aktiivisempaa yhteistyötä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kanssa:

”Yhteistyö mielenterveystoimiston kanssa, niinkun semmonen asiakkaan luvalla oleva avoimempi yhteistyö et sitä toivotaan lisää, kun samoi ihmisiä hoidetaan ja että se salamyhkäisyys siitä väliltä poistuis koska kaikilla on kuitenkin vaitiolovelvollisuus ja kaikil on vastuu asiakkaasta niin se on ihan niinku tärkein.” H6, pth

Palvelutarjonnan kehittäminen nousi esille yhden perusterveydenhuollon haastattelun vastauksista. Kaivattiin enemmän mahdollisuuksia ja vaihtoehtoja juuri mielenterveys- ja päihdeongelmaisten palvelutarjontaan. Palvelutarjonnan kehittämiseen liittyen nousi myös perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen näkökulmasta esille hoidonporrastuksen tarpeellisuus. Heidän vastaustensa mukaan hoidon porrastusta tarvitaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden ohjautumisessa, jotta ei kuormiteta kaikkia kaikilla:

”Ja oishan se hyvä et ois mahdollisuuksia erilaisii vaihtoehtoja erityyppisille erilaist asumista eri muutostia malleja et mikä kellekin kävis et tavallaa ois vähä raamitetumpaa tiukempaa hoitoa ja sit ois sellasta väljempää mallia, kyllähän A-klinikalta löytyy kaikenlaista mut et näihin yhdistelmii löytys sellast mikä ois osittain ohjaavaa, toisilla riittäis et niit ohjataan ja toisilla riittäis et niit vahditaan et tavallaan sellast eri tasosta.” H6, pth.

Osa päihde- ja mielenterveyspalvelujen edustajista piti tärkeänä lähetekäytäntöjen selkiyttämistä ja sitä kautta hoitoon pääsyn nopeuttamista. Päihdepalveluissa nähtiin, että mielenterveyspuolelle tarvitaan jatkossa enemmän ei-lähetteellisiä käytäntöjä. Mielenterveyspalvelujen edustajat näkivät, että tarvitaan sekä matalaa kynnystä että ”lähetetasoa.” Lähetteet tulee täyttää riittävän kattavasti käsittämään asiakkaan aiemmat hoitokontaktit ja hoitotoiveen, jotta käytäntö olisi sujuva:

”Ja se mikä meidän puolelta on ollut toivottavaa on näissä lähetteissä lähinnä, että siinä sanottaisiin mikä on aikasempi hoitoyritys ja mitä on yritetty tehdä näiden ongelmien korjaamiseksi ja hoitamiseksi ja selkeesti semmonen kysymysten asettelu ja hoitotoive, mitä tällä meidän hoidolla pyritään saamaan aikaiseksi.” H2, mt.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohtelun nosti esille kaksi perusterveydenhuollon ja yksi mielenterveyspalvelujen edustaja. Perusterveydenhuollon haastateltujen mukaan palvelujen tulee lähteä asiakkaan tarpeista niin, että asiakkaan ei tarvitse tietää, mihin hän soittaa, vaan hänet ohjataan oikeaan paikkaan. Aitoa puuttumista myös korostettiin.

Resurssien lisääminen ja kohdentaminen nousi esille kaikissa kolmessa palvelussa. Yhteensä kolme haastateltua nosti esille resurssien lisäämisen etenkin nuorten ennaltaehkäiseviin palveluihin. Tähän liittyen mielenterveyspalvelujen ja perusterveydenhuollon haastateltavat pitivät tärkeänä työnjaollisten kysymysten selkiyttämistä. Alueellinen tietämys siitä mitä missäkin palvelussa tehdään ja päällekkäisen työn välttäminen selkiyttää myös työnjaollisia kysymyksiä. Erilaisiin yhteistyösopimuksiin ja työnjaon järjestelmien kehittämiseen tulisikin haastateltujen mielestä tulevaisuudessa kiinnittää huomiota palveluihin pääsyn näkökulmasta.

Alla olevassa taulukossa 6 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät palveluihin pääsyn kehittämisessä.

Taulukko 6. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluihin pääsyn alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain				
Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Palvelujen saatavuus, matala kynnys	5	1	1	7/10
Osaamisen ja verkostoitumisen lisääminen	3	2	-	5/10
Palvelutarjonnan kehittämisen ja hoidon porrastus	2	2	-	4/10
Lähetekäytäntöjen selkiyttäminen	-	2	1	3/10
Asiakkaiden kohtelu	2	1	-	3/10
Resurssien lisääminen ja kohdentaminen	1	1	1	3/10
Työnjaollisten kysymysten selkiyttäminen	1	1	-	2/10

6.2.2 Palvelujen saaminen

Haastateltavilta kartoitettiin mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen saamisessa hoitavaa tahoa sekä hoitopolkujen ja hoitoprosessien selkeyttä kehittämisen näkökulmasta. Suurin osa kaikista haastatelluista nosti esille palveluntarjonnan ja työmuotojen kehittämisen. Perusterveydenhuollon vastaajien mielestä kuntoutusjaksoihin olisi panostettava entistä enemmän isoista investoinneista huolimatta. Palveluntarjontaan

toivottiin enemmän yhdistettyjä mielenterveys- ja päihdeongelman hoitopaikkoja sekä psykiatrisen osaamisen matalan kynnyksen paikkoja kuten palvelujen pääsyssäkin. Konkreettisenä kehittämis ehdotuksena perusterveydenhuollosta nousi ryhmävastaanottojen ja vertaistuen entistä parempi huomioiminen:

”Ryhmävastaanottoja, vertaistuki ym. samat vertaistukikokemukset myös terveyskeskuksen puolelle. Nythän on jo ryhmiä, on nivelrikkoa ja muuta, siten me saavutetaan se isompi porukka ja pystytään hoitamaan.”

H5, pth.

Palvelutarjonnan ja työmuotojen kehittämiseen liittyen esille nousi myös nuorten matalan kynnyksen palvelujen kehittäminen kuten palveluihin pääsyssäkin. Lisäksi mielenterveyspalveluissa nostettiin esille konsultoivan sairaanhoitajan tarve ja konkreettinen jalkautuminen eri palveluihin.

Yhden oven periaatteen nosti esille lähes puolet kaikista haastatelluista, heistä yksi oli päihdepalveluista ja kolme perusterveydenhuollosta. He kaikki pitivät tärkeänä, että palvelut järjestyvät yhdessä paikassa ja että on yksi paikka, jonne ohjata asiakas saamaan asianmukaista hoitoa. Lisäksi päihdepalvelujen haastateltava korosti sitä, että asioiden puheeksiottamisen laajentamisen ei tulisi merkitä automaattisesti hoitopaikan vaihtoa:

”Mistä tahansa asiakas tulee, on se mikä tahansa ongelma, siellä kuullaan se asia, aletaan selvittää mitä voidaan sen asian hyväksi tehdä ettei heti saman tien siirretä toiselle luukulle, vaan kartotetaan kunnolla se tilanne ettei pallotella sitä asiakasta moneen paikkaan. Löytyis heti se oikea paikka, ettei pelästyttäis sitä jos asiakas ottaa esille jonkun asian. Se ei tarkoita heti, et pitää siirtyä johonkin toiseen organisaatioon.” H1, pt.

Yhteensä kolme haastateltua, yksi perusterveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen haastateltu nosti esille osaamisen ja verkostoitumisen lisäämisen merkityksen palvelujen saannin, kuten aiemmin myös palveluihin pääsyn, kehittämisessä. Etenkin mielenterveyspalveluista nousi esille tarvittavan palveluverkoston kokoaminen aina asiakkaan ympärille. Päihdepalveluista esille nousi hoitotiimien entistä tehokkaampi käyttö ja osaamisen hyödyntämisen edelleen kehittäminen. Osaamisen ja verkostoitumisen alla mainittiin paljon samoja asioita kuin palveluihin pääsyssä, kuten

psykiatrisen osaamisen lisääminen, matalan kynnyksen vastaanotto, tietämys siitä mitä toisessa palvelussa tehdään ja yhteistyösopimusten solmiminen.

Kolme viidestä perusterveydenhuollon vastaajasta nosti esille hoitoprosessien selkiyttämisen tarpeen tulevaisuuden kehittämistyössä. Etenkin muiden psykiatristen kuin akuuttipotilaiden hoitoonohjaukseen ja hoitoprosessiin kaivattiin selkiyttämistä ja nopeuttamista:

”Muu kuin akuuttipotilasaines Mtk:n suuntaan kaipaisi jotakin selkiyttämistä. Törmätään usein siihen, että tehdään oma osuus, mutta hoitoonpääsy viive on niin pitkä.. Tietysti myös se, että pystyttäisikö me täällä tekemään enemmän potilaan eteen, mutta rivisairaanhoitajilla ja lääkäreillä keinot on aika pienet.” H2, pth.

Konkreettisena kehittämis ehdotuksena mainittiin työryhmän kokoaminen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoitoprosessin kuvaukseen ja ennen kaikkea jalkauttamiseen. Vertailukohteena mainittiin sisätauti- ja sydänpotilaiden hoitoprosessi, joka on kuvattu erikoissairaanhoidossa tarkasti.

Suurin osa mielenterveyspalvelujen edustajista, oli sitä mieltä, että hoidon porrastus tukee palvelujen ja hoidon kehittämistyötä. Tällöin pystytään entistä paremmin hyödyntämään erityisosaamista ja vähentämään päällekkäistä kuormittumista, kuten palveluihin pääsyn kohdallakin tuli esille:

”No siin on just tää et millä tasolla hoidetaan et sehän liittyy siihen diagnosointiin ja siihen tason määrittymiseen josta määrittyy myös hoitotaso. Sillonhan olis mahdollista terveyskeskuksessa hoitaa näitä lievempiä tk-lääkärin ja tk:ssa toimivan terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan kautta eikä kaikki ohjautuskaan meille. Et sit tietty taso ohjautus meille ja sit jos korostuu tää päihdepuoli tai semmonen erityisosaaminen siinä tarpeessa ni sit ohjautus A-klinikalle. Näin se pitäs mennä porrasteisesti.” H10, mt.

Kaksi viidestä perusterveydenhuollon haastatellusta nosti esille yhteistyön lisäämisen tärkeyden palveluja ja hoitoa kehitettäessä. Koettiin, että yhteistyö ei ole aina riittävää

ja sitä olisi hyvä olla enemmän. Lisäksi asiakkaan tietojen näkyvyys ei lainkaan tai viiveellä koettiin hankaloittavan hoitoa perusterveydenhuollossa:

”Meidän sairaanhoitajat ei näe tekstejä, joiden pitäis ottaa kantaa siihen hoitoon. Nehän on asiakkaan luvalla, mut ongelma on et Effica näkyvyyttä ei ole jos ne palaa takaisin sieltä tai tulee uudestaan toiselle jaksolle. Siin on se, et se hoito ei aina oo niin helppoo. Ja se yhteistyö ei oo aina kuitenkaan riittävää, se ois hyvä kuitenkin et sitä ois enemmän.”

H6, pth.

Mielenterveyspalveluissa nostettiin esille työnjaollisten kysymysten selkiyttämisestä terveyskeskuksen ensisijainen rooli myös mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidossa. Kotkan hyvinvointipuistosuunnitelmat tulevat linjaamaan työnjaollisia kysymyksiä kaupungin eri palvelujärjestelmien yhteensovittamiseen liittyen.

Alla olevassa taulukossa 7 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät palvelujen saannin kehittämisessä.

Taulukko 7. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen saannin alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Palvelutarjonnan ja työmuotojen kehittäminen	3	2	1	6/10
Yhden oven periaate	3	-	1	4/10
Osaamisen ja verkostoitumisen lisääminen	1	1	1	3/10
Hoitoprosessien selkiyttäminen	3	-	-	3/10
Hoidon porrastus	-	2	-	2/10
Yhteistyön lisääminen	2	-	-	2/10
Työnjaollisten kysymysten selkiyttäminen	-	1	-	1/10

6.2.3 Osallisuus

Osallisuuden lisäämiseen liittyen haastateltavilta kysyttiin kuinka asiakkaan osallisuuden tulisi toteutua. Lähes puolet kaista vastaajista piti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohteluun vaikuttamista osallisuuden lisääntymiseen vaikuttavana tekijänä. Hoitohenkilökunnan asenteisiin vaikuttaminen ja suhtautuminen kaikkiin asiakkaisiin riittävällä vakavuudella luovat pohjan asiakaslähtöiselle kohtaamiselle. Toisaalta myös tapaamiskertojen määrällä nähtiin olevan yhteyttä osallisuuteen, koska tavoitteena on saavuttaa asiakkaan luottamus:

”Sellanen asennemuokkaus myöskin hoitajien tasolla ettei olis ennakko-luuloja joita helposti on. ” H7, pth.

Yksi päihdepalvelujen ja kaksi perusterveydenhuollon haastatelluista oli sitä mieltä, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuutta pystytään lisäämään perustamalla asiakasryhmiä ja lisäämällä vertaistuellista toimintaa:

”Perustamalla asiakasryhmiä koolle ja heiltä suoraan kysyttäisiin mielipiteitä, että mitä he haluaisivat / toivoisivat. Se voisi olla joku säännöllisesti kokoontuva ryhmä, jossa voisi olla vaihtuvia tai pysyviä jäseniä, säännöllisin väliajoin.” H1, pt.

Nämä haastateltavat pitivät lisäksi tärkeänä sitä, että asiakkaiden kokemusta hyödynnetään palveluja tarjotessa ja sitä kautta lisätään osallisuutta:

”Lähtis siitä, että asiakas itse kertoo ne tarpeet ja toiveet ja asettais ne tavoitteet. Pitäis sietää se, että ne ei ole samat kuin jotkut lääketieteelliset tavoitteet, vaan pitäis kunnioittaa asiakkaan mielipidettä, mutta toki sitten jos ne on ihan utopistisia, niin sitten ohjata asiakasta.” H4, pth.

Suurin osa perusterveydenhuollon haastatelluista pohti mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden pystyvyyttä osallisuuteen. Koettiin, että asiakkaan tilanne ongelman tai sairauden kanssa vaikuttaa pystyvyyteen. Perusterveydenhuollossa kuitenkin pidettiin todella tärkeänä asiakkaan osallistumista hoidon suunnitteluun, jolloin asiakkaalle luodaan samalla mahdollisuus kiinnostua omasta hyvinvoinnistaan. Asiantuntijuuden katsottiin tulevan kuitenkin työntekijältä:

”Potilas voidaan ottaa mukaan hoitotilanteeseen, hoidon suunnitteluun, mutta asiantuntijuus täytyy tulla meiltä. Ei voida antaa ihan kaikkea mitä potilas haluaa. Kokemus on myös siitä miten huonosti esim. päihdepotilaat sitoutuu omaan hoitoonsa.” H2, pth.

”Hoitosuunnitelma, mikä pitäis nimenomaan tehdä yhdessä asiakkaan kanssa ja se annetaan mukaan asiakkaalle ja asiakas sitoutuu siihen. Joissain paikoissa tehdään niin, että lääkäri allekirjoittaa ja asiakas allekirjoittaa sen, se lisää sitoutumista siihen suunnitelmaan.” H4, pth.

Osallisuutta lisäävänä tekijänä nähtiin myös se, että hoidon arviointiin kiinnitettäisiin entistä enemmän huomiota. Palveluissa tulisi löytyä selkeä ja yhtenäinen malli koko hoitokaaren arviointiin. Vastaanottoaikojen pituudella ja tapaamiskertojen määrällä nähtiin olevan myös merkitystä hoidon arvioinnissa:

”Edelleen oon sitä mieltä että jotta asiakas uskaltaa ne omat tarpeet ja toiveet kertoa niin se vaatii enemmän kuin yhen tapaamis kerran meillä tai perusterveydenhuollossa. Sit se vaatii myös keskustelun alottamisen siitä et nyt täs yhdessä mietitään et mitä täs sun hoidos tehdään ja näitä vaihtoehtoja on et mitäs sä ite koet et mitä tarviit täs tilantees et mikä on sun hankalin asia mikä vaikeuttaa sun elämääs.” H10, mt.

Suurin osa mielenterveyspalvelujen haastatelluista korosti asiakkaiden vastuunottamista omasta hoidosta, johon liittyi myös hoitavan tahon asiantuntijuuden kunnioittaminen. Tätä kautta osallisuutta nähtiin voitavan lisätä:

”Kyl siihen tarvii lähtä yhteistyöhön mukaan ja kuunnella et hoitotaho on kuitenkin se asiantuntija joka voi omalla asiantuntijuudellaan vaikuttaa siihen et mikä hoito voi auttaa, et siin tarvii luottaa siihen.” H9, mt.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan selkeä hoitoprosessin kuvaus liitettiin myös osallisuutta kasvattavaksi tekijäksi. Yhteistyö ja tiedottaminen alueellisella tasolla, eri organisaatioiden sekä asiakkaiden välillä nähtiin lisäävän työntekijöiden edellytyksiä luoda osallistumisen mahdollisuuksia asiakkaille.

Alla olevassa taulukossa 8 on kuvattu haastattelujen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät osallisuuden kehittämiseen liittyen.

Taulukko 8. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden osallisuuden lisäämisen alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Asiakkaan kohtelu	1	2	1	4/10
Ryhmätoiminnan kehittäminen	2	-	1	3/10
Kokemuksen hyödyntäminen palveluissa	2	-	1	3/10
Hoidon suunnitteluun osallistuminen	3	-	-	3/10
Hoidon arvioinnin kehittäminen	-	1	1	2/10
Asiakkaiden vastuunottamisen tukeminen omasta hoidosta	-	2	-	2/10
Yhteistyö ja tiedottaminen - hoitoprosessien kuvaukset	2	-	-	2/10

6.2.4 Tiedonsaanti

Tiedonsaannin kehittämiseen liittyen haastatelluilta kartoitettiin kuinka tietoa palveluista ja omaan ongelmaan liittyvistä asioista tulisi asiakkaille tarjota. Yli puolet kaikista haastatelluista piti työntekijän, etenkin oman työntekijän, ammattitaidon kasvua ensiarvoisen tärkeänä. Omalla työntekijällä tulee olla informointivastuu eri asiakkaille tarjottavista palveluista, ja sen vuoksi työntekijän osaaminen ja alueen tuntemus täytyy olla kattavaa. Työntekijöillä täytyy olla velvollisuus tiedottaa ja ohjata asiakasta, mutta myös informaation yhteneväisyyteen ja selkeyteen täytyy kiinnittää jatkossa huomiota. Tällä katsottiin olevan suuri vaikutus myös asiakkaiden motivoinnissa:

”Kyllä oma työntekijä on avainasemassa, että kyllä se hänen vastuulleen jää se kertominen ja informointi eri palveluista ja mitä meidän palvelut tarjoaa ja muista esim. kertominen Kelan palveluista ja onko mahdollista saada niitä. oman työntekijän tulisi tuntea alueen palvelutarjonta, myöskin muut kuin meidän omat palvelut.” H3, mt.

”Ja tietyst se mejän oma informaatio hoitajien informaatio mitä he voivat omilla vastaanotoilla antaa et se ois yhteneväistä.” H7, pth.

”Tiedonantaminen on asiakaskohtaista, missä esim. sairaudenvaiheessa on jne. Millä asiakkaan saa palaamaan - hoitajan ammattitaitoon perustuu. Luottamukseen ja turvallisuuteen. Kokemus mikä välittyy, tilanteen rauhallisuus.” H5, pth.

Kirjallisen tiedon kehittämistä piti kaikkien kolmen palvelujen edustajat tärkeänä. Kehittämistä vaativiksi asioiksi mainittiin saatavuuden parantaminen, eri materiaalien ja esitteiden yhdistäminen yhdeksi monipuoliseksi paketiksi sekä internetin entistä parempi hyödyntäminen:

”Yleisellä tiedottamisella ja ois hyvä jos ois kaikista kirjallistakin matkua mitä vois antaa luettavax ja mis ois selitetty ettei ne pelota et A-klinikan tarjoamat mahdollisuudet ja mt.toimiston tarjoamat mahdollisuudet ois jotenkii koottuna ja sit jos saatas tämmöstä yhteistä päihde-mt.auttamistahoo et missä tapauksessa voi ottaa mihinkii yhteyttä et nythän se tulee kaikki tän kautta tavallaan et täältä otetaan sit yhteyttä mut siinä kohtaa vois vielä olla ohjauksena et minkälaisis tilanteis kun asiakail on aina ettei ne tiedä.” H6, pth.

Yhteiskunnallista näkyvyyttä piti yli puolet perusterveydenhuollon haastatelluista tärkeänä. Asiakkaiden tiedonsaantia pidettiin vahvasti yhteiskunnallisena asiana. Yleisen tiedottamisen tärkeyttä ja median hyödyntämistä tulisi korostaa myös alueellisesti:

”Enemmän kuitenkin yhteiskunnallinen asia, että millä madalletaan kynnystä hakeutua hoitoon, vähän isompi juttu kuin että liimataan lappu, että hakeudu A-klinikalle tai mtk:n akuuttityöryhmään. Se ei toimi, vaan tehdään lehtijuttuja, haastatellaan televisiossa, radiossa, tehdään ihmi-

sille selväksi, että tämmösiä on ja näissä ei ole mitään kummallista - puheeksiottamista. Mitä kunnat vois tehdä, mitä terveysasemat, mitä yksittäinen hoitaja.” H2, pth.

Osa perusterveydenhuollon haastatelluista piti tärkeänä suullisen tiedottamisen kehittämistä. Tähän liittyen nousi päihdepalvelujen haastatellulta vaihtoehtojen esittämisen tärkeys asiakkaiden tiedottamisessa. Hoidossa ja jo hoitoon hakeutumisvaiheessa voisi olla enemmän tiedottamista eri vaihtoehtoista. Hoitajien ja lääkäreiden olisi molempien pystyttävä antamaan tietoa eri palveluista ja asiakkaan ongelmasta. Tällöin on pystyttävä hyödyntämään suullisen informoinnin tukena mahdollisimman monia tiedonvälittämisen kanavia.

”Kaikki nää mahdolliset tiedonvälittämisen kanavat, suullinen ja kirjallinen, mahdollisuus vielä soittaa, kenen puoleen voi kääntyä. Kun asiakas kysyy sinulta niin hän olettaa, että olet se ammattilainen joka tietää, joten tärkeää tieto siitä kenen puoleen voi kääntyä.” H5, pth.

Alla olevassa taulukossa 9 on kuvattu tiedonsaannin kehittämisen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät.

Taulukko 9. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden tiedonsaannin kehittämisen alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Työntekijän ammattitaidon kehittäminen	2	3	1	6/10
Kirjallisen materiaalin kehittäminen	3	2	1	6/10
Yhteiskunnallinen näkyvyys ja tiedottaminen	3	-	-	3/10
Suullisen tiedottamisen kehittäminen	2	-	-	2/10
Eri vaihtoehtojen esille tuominen	-	-	1	1/10

6.2.5 Alueelliset hyvät käytännöt

Mielenterveys-, päihde- ja peruspalvelujen haastatelluilta kysyttiin alueellisia hyviä käytäntöjä liittyen palvelujen tarjoamiseen. Yli puolet kaikista vastaajista mainitsi hyväksi käytännöksi yhteistyön ja konsultoinnin eri palvelujen välillä. Perusterveydenhuollossa ja osassa mielenterveyspalveluja pidettiin A-klinikan kanssa toteuttavaa yhteistyötä ja konsultointimahdollisuutta hyvänä käytäntönä. Koettiin, että kynnys on sekä asiakkaille että työntekijöille riittävän lyhyt ja matala. Jonkin verran oli nähtävissä myös kuntakohtaisia eroja ja mm. päihdeyhdyshenkilöverkosto ja kotihoidon psykiatrinen sairaanhoitaja nähtiin hyvinä yhteistyölinkkeinä eri palvelujen välillä:

”A-klinikan kanssa meidän yhteistyö toimii hirveen hyvin, sinne hirveen lyhyt ja matala kynnys hakeutua ja A-klinikan kanssa on ollut nyt jatkuvasti lyhyen ajan sisällä koko ajan yhteistyöpalavereita. Käyty läpi yhteistyökuvioita, hoito-ohjeita, on luotu hoito-ohjeita, yhteystietojen päivitystä.” H2 pth.

Alueen monipuolisia hoitokäytäntöjä ja toimintamalleja kuvattiin kaikkien kolmen palvelun kohdalla. Perusterveydenhuollossa nähtiin, että A-klinikan hoitopolku on selkeä ja yhteisesti laaditut toimintamallit lääkkeiden määräämisestä hyvä esimerkki hyvistä käytännöistä. Yksi päihdehuollon haastateltu näki hyvänä lastensuojelun kanssa toteuttavan selkeän toimintamallin siitä, mitä edellytetään ja kuinka toimitaan. Mielenterveyspalveluissa hyvänä käytäntönä nähtiin lisäksi alueen monipuolinen ja riittävästi porrastettu asumispalvelutarjonta:

”Ollaan saatu kehitettyä asumispalvelutuotanto, joka on riittävää ja porrasteisuus riittävää. On sekä tehostettua että kevyempää asumispalvelua. Tällä on pystytty välttämään sairaalahoitoa ja psykiatrinen kotipalvelu on myös hyvää. Pitkäaikaissairaat pysyy kevyemmällä tuella pois sairaalahoidosta.” H3, mt.

Puolet kaikista haastatelluista, kattaen kaikki kolme palvelua, piti säännöllisiä yhteistyöpalavereita tärkeinä hyvinä käytäntöinä. Niissä päivitettiin hoito-ohjeita ja yhteystietoja sekä mahdollistettiin toisen työn tutuksi tekeminen. Yhteistyöpalavereja järjestettiin osissa hankealueen kuntia säännöllisesti päihdehuollon, mielenterveyspalvelujen, perusterveydenhuollon ja kotihoidon kanssa ja niiden katsottiin toimineen hyvin:

”Säännölliset yhteistyöpalaverit, joissa toisten työntekijöiden työ ja eri organisaatioiden työntekijöiden kasvot tulee tutuiksi. Se on helpompi ottaa aina yhteyttä, kun on tavattu ihan fyysisesti.” H1, pt.

Yksi päihdehuollon ja yksi mielenterveyspalvelujen haastateltu piti lähipalvelujen mahdollisuutta hyvin toimivana käytäntönä. Nähtiin, että työntekijöillä on matala kynnys ottaa yhteyttä osin siksi, että palvelut sijaitsevat fyysisesti lähellä toisiaan. Myös asiakkaiden hakeutuminen palveluihin nähtiin olevan tällöin helpompaa:

”Sitä toivon et lähipalvelut säilyis täällä. Minusta mielenterveys- ja päihdepalvelut pitää olla paikanpäällä, et jo se kohderyhmäkin on semmonen et jo pitää lähteä hakemaan palveluja niin se kyllä jää tekemättä, ja sit tilanne vaan pahenee. Ja jos palvelut on lähellä niin se tukee myös normaaliutta.” H10, mt.

Alla olevassa taulukossa 10 on kuvattu alueellisten hyvien käytäntöjen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät.

Taulukko 10. Hyvien käytäntöjen alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain				
Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Yhteistyö eri palvelujen välillä, konsultointi	3	2	1	6/10
Monipuoliset hoitokäytännöt ja toimintamallit	4	1	1	6/10
Säännölliset yhteistyöpalaverit	2	1	2	5/10
Lähipalvelut	-	1	1	2/10

6.2.6 Yhteistyön kehittäminen

Yhteistyön kehittämiseen liittyen suurin osa perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen haastatelluista nosti esille yhteisten tapaamisten ja tiedonvälityksen kehit-

tämisen. Perusterveydenhuollon haastatellut näkivät A-klinikan kanssa tehtävällä yhteistyöllä olevan pitkät perinteet, mutta mielenterveyspalvelujen kanssa toivottiin enemmän yhteisiä tapaamisia ja tiedonvälittämistä muutenkin kuin vierailujen tai info-tilaisuuksien tasolla. Lisäksi tapaamisissa pitäisi näkyä myös enemmän käytännön työtä ja sairaanhoitajien edustusta sekä yhteistyöhenkilöiden nimeämistä. Tässä oli nähtävissä myös kuntakohtaisia eroja:

”Ehkä enemmän yhteisiä tapaamisia ja tiedonvälittämistä ja tämmöistä yhteistyötä. A-klinikankin kanssa se yhteistyö on sellasta, et siellä on terveysjohtaja, apulaisylilääkäri ja minä (oh) ja nyt viimeksi puhuttiin, että korvaushoitoa tekevät sairaanhoitajat pitäis olla meiltä myös mukana. Enemmän sitä käytännön työtä mukaan.” H4, pth.

Kaikki mielenterveyspalvelujen haastatellut näkivät tärkeänä yhdenmukaisuuden oman organisaation sisällä. Myös osa perusterveydenhuollon haastatelluista nosti esille saman asian. Oman organisaation sisällä tehtävään yhteistyöhön ja hoitokäytäntöjen yhtenäistämiseen tulisi panostaa tulevaisuudessa. Se, että eri alueilla on monenlaisia toimijaorganisaatioita, nähtiin haasteena kehittämislle:

”Tällainen hoitomalli pitäisi olla yhteneväinen kaikille, yhteiset tavat toimia.” H2, pth.

Molemmat päihdepalvelujen edustajat kaipasivat nykyistä enemmän saattaen vaihtoa siirryttäessä palvelusta toiseen tai esim. kotipalvelun piirissä olevien ikääntyneiden kohdalla. Yksi haastateltu sekä perusterveydenhuollosta että mielenterveyspalveluista näki tilanteessa asiakaskohtaisen yhteistyön tarpeen:

”Asiakaskohtaisessa yhteistyössä on aina lisäämisen varaa ja asiakas palautteestakin niiku A-klinikan puoleltakin ni et jos asiakas antas aina luvan nii miksei sitä palautetta voi tännekin tulla.” H6, pth.

Kaikissa kolmessa palvelussa nousi esille yhteistyösopimusten kehittäminen. Haastateltujen mukaan tarvitaan enemmän ja laajempia yhteistyösopimuksia ja toimintamallien kirjaamisia sekä niiden päivittämistä:

”Tk:n ja Mtk:n kanssa on yhteistyösopimukset, mutta voisi olla myös muita tahoja kenen kanssa voisi kirjallisesti sopia vielä tarkemmin selkeät toimintamallit. Työntekijöiden vaihtuessa ym. suullinen tieto ei välttämättä siirry samalla tavalla, tieto hukkuu helpommin.” H1, pt.

”Yhteistyökuvioiden ja suunnitelmien tarkistaminen säännöllisesti on eka asia, tarkistetaan jne.” H2, pth.

”Ihan kokoontumalla yhteen, yhteisen pöydän ääreen ja tietenkin tutustumalla toinen toisiimme ja tietämällä mitä toiset tekee ja sopimalla yhteistyösopimuksia ja hyviä käytäntöjä kirjaamalla ylös.” H3, mt.

Yhteistyön kehittämistarpeiksi nimettiin perusterveydenhuollossa ja päihdehuollossa eri organisaatioiden välille luotavat yhteiset hoitokäytännöt. Tähän toivottiin ohjausryhmätyyppistä työskentelyä:

”Sanotaan, et joku tällöinen ohjausryhmä tyyppinen työskentely voisi olla ihan hyväkii.” H7, pth.

Palautteen saamista tai sen puutetta pidettiin yhteistyön kehittämisen kannalta ongelmallisena osassa perusterveydenhuollon haastatteluja. Jos eteenpäin lähettävistä potilaista ei saatu palautetta, koettiin että lähettävä taho jää epätietoiseksi siitä pääseekö ko. asiakas palvelujen piiriin. Myös toiseen palveluun siirryttäessä nähtiin palautteen antavan enemmän eväitä siihen, miten jatkossa kannattaisi toimia:

”Se on tietyllä tapaa ongelma, että ei hirveesti saada sitä palautetta. Et se oikeestaan, et missä sen sitä huomaa, et jos sen potilaan ohjaa sinne, niin jos ei se potilas enää ota yhteyttä meihin päin, niin ilmeisemmin se on sitten saanut sieltä sen avun. Palautetta tietyllä tapaa toivottaisi, että mitä niille sitten tapahtuu jos tällöinen ohjattu asiakas pääsee sen palvelun piiriin.” H2, pth.

Seuraavassa taulukossa 11 on kuvattu yhteistyön kehittämisen pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät.

Taulukko 11. Yhteistyön kehittämisen alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Yhteiset tapaamiset ja tiedonvälitys	4	2	-	6/10
Yhdenmukaisuus oman organisaation sisällä	2	3	-	5/10
Saattaen vaihtaminen, asiakaskohtainen yhteistyö	1	1	2	4/10
Yhteistyösopimukset	1	1	1	3/10
Yhteiset hoitokäytännöt eri organisaatioiden välillä	2	-	1	3/10
Palautteen saaminen	2	-	-	2/10

6.2.7 Alueelliset haasteet ja tarpeet

Haastateltavilta kartoitettiin alueellisia haasteita ja tarpeita, joita he ovat eri organisaatioissa kohdanneet. Kaikki haastatellut nostivat esille osaamisen lisäämisen. Sekä perusterveydenhuollon että mielenterveyspalvelujen edustajat nostivat esille psykiatrisen osaamisen tarpeen perusterveydenhuollossa. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan kohtaamiseen, puheeksiottamiseen sekä asenteisiin liittyviä koulutuksia pidettiin tärkeinä. Myös koulutukset eri organisaatioiden välillä nähtiin tärkeinä. Koulutuskokonaisuuksia pidettiin vaatimattomina siihen nähden kuinka suurista ongelmista puhutaan. Toisaalta haasteena nähtiin se, kuinka laajasti on mahdollista ja järkevää kouluttautua, mutta ei myöskään riitä, että vain esimerkiksi päihdeyhdyshenkilöt kouluttautuvat. Tällöin tieto jää liian harvojen varaan:

”Koulutuksellisesti niinku päihde- ja mielenterveysasiakkaan kohtaamisessa ois tarvetta hoitajilla ja lääkäreillä ja kotihoidolla. Koulutus on yx mitä kyl tarvitaan ja osa asenne koulutusta ja osa niinku tietoo siitä et miten näitä voitaa hoitaa. Et varmast ihan sitä tiedonsaatiikii. Ja taval-

laan sitä jatkuvaa päivittämistä et miten tää palvelu niinku pelaa ku nää aina hetken päästä on taas muuttunu. Että oltas kartalla kokoajan et miten tää järjestelmän muuttuukin.” H6, pth.

”Psykiatrasta osaamista perusterveydenhuoltoon.” H3, mt.

”Osaamisen lisääminen, se on yksi tärkein mikä helpottaa myös yhteistyötä jos on asiantuntemusta eri paikoissa. Ja sit yhteisiä koulutuksia eri organisaatioiden välillä.” H1, pt.

Yhteisen työnjaon ja toimintamallien kehittämisen nimesi lähes kaikki haastatellut alueelliseksi haasteeksi. Perusterveydenhuollon edustajat näkivät yhteisen potilastietojärjestelmän puuttumisen heidän ja päihdepalvelujen välillä olevan suuri puute. Työnjaon ja järjestelmien kehittämistä pidettiin tärkeänä, jotta mielenterveys- ja päihdeasiakkaille voidaan turvata samat palvelut kuin kaikille muillekin. Rakenteilla olevan Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian toivottiin vastaavan niin konkreettisesti työnjaon ja järjestelmien kehittämiseen, että jokaisella on ymmärrys, mitä se tarkoittaa oikeasti käytännössä. Perusterveydenhuollossa nähtiin tärkeinä kehittämiskohteina mielenterveyspotilaan ohjaamiseen liittyvän toimintamallin luominen, mutta todettiin kuitenkin perusterveydenhuollon kontaktien olevan ohuita.

Pitkäaikaisten pistospotilaiden käyntien kehittäminen nähtiin osassa terveysasemia tärkeänä. Lisäksi toivottiin enemmän raja-aitojen ylittämistä eri palvelujen välillä, unohtamatta kuitenkaan raja-aitoja. Esimerkiksi päihdeongelmaisen asiakkaan hoidon kokonaisvaltaisuutta toivottiin sekä perusterveydenhuoltoon että mielenterveyspalveluihin ja konsultaatiomahdollisuuksien parantamista somaattisesta hoidosta vastaavien lääkärin kanssa:

”Yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen on suuri hirvittävän suuri puute.” H2, pth.

”Toiveena että myös poliklinikat ja terveysasemat huomioisivat päihdeasiakkaan hoidon kokonaisvaltaisesti ja olisi konsultaatiomahdollisuus somaattisesta hoidosta vastaavien lääkäreiden kanssa.” H8, pth.

Puolet kaikista haastatelluista piti resurssien lisäämistä ja uudelleenorganisointia alueellisena tarpeena. Heistä kolme oli perusterveydenhuollon, yksi mielenterveyspalvelujen ja yksi päihdehuollon edustaja. Resurssit ja aika nähtiin haasteena, mutta nimettiin laadukkaan ja helposti saatavilla olevan hoidon kulmakiviksi:

”Ja tietysti riittävät resurssit, on se mikä organisaatio tahansa, jos on resurssipula, niin asiakkaan hoito ei ole niin laadukasta ja helposti saatavilla.” H1, pt.

Yksi haastateltu kustakin palvelusta mainitsi yhtenä alueellisena tarpeena aktiivisen tiedottamisen omasta toiminnasta yhteistyökumppaneille:

”Jokaisen palveluntarjoajan tulis tuntea ja tietää toisen palveluntarjoajan aluetta, että mitä vaaditaan toisille esim. lähetteitä tehtäessä tai mitä kuuluu toisen toimialueeseen.” H3, mt.

Ennaltaehkäisyn näkökulman huomioimisen eri palveluissa mainitsi osa perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen haastatelluista. Tämä ennaltaehkäisyn näkökulma liitettiin etenkin nuoriin, heille tarjottaviin matalan kynnyksen paikkojen tarjontaan ja masennuksen seurantaan.

Konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen nousi esille osassa mielenterveys- ja päihdepalvelujen haastatteluja:

”Konsultaatiomahdollisuus tulis saada uudelleen käyttöön, et onko sitä jokaisella kunnalla omansa vai miten, mut et ois joku systeemi.” H10, mt.

Seuraavassa taulukossa 12 on kuvattu alueellisten haasteiden ja tarpeiden pohjalta muodostuneet alakategoriat ja vastausten määrät.

Taulukko 12. Alueen haasteiden ja tarpeiden alakategoriat ja vastausten määrät palveluittain

Palvelujen kehittäminen	Perusterveydenhuolto (n=5)	Mielenterveyspalvelut (n=3)	Päihdepalvelut (n=2)	Yhteensä (N=10)
Osaamisen lisääminen	5	3	2	10/10
Yhteisen työnjaon ja toimintamallien kehittäminen	4	3	1	8/10
Resurssien lisääminen ja uudelleenorganisointi	3	1	1	5/10
Tiedottaminen yhteistyökumppaneille	1	1	1	3/10
Ennalta ehkäisyn näkökulman huomioiminen työssä	2	1	-	3/10
Konsultaatiomahdollisuuksien kehittäminen	-	1	1	2/10

7 POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

Tässä tutkimuksessa on tarkasteltu mielenterveys, päihde- ja perusterveydenhuollon palvelujen nykytilaa sekä palvelujen kehittämistä palveluntarjoajien näkökulmasta. Tavoitteena on ollut mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palveluiden parantaminen ja niiden edelleen kehittäminen.

7.1 Tulosten tarkastelua palvelujen nykytilasta

Tutkimuksessa mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palveluihin pääsy toteutui päihde-, mielenterveys- ja perusterveydenhuollonpalveluissa hyvin. Kaikki asiakkaat pääsivät akuutti- ja kriisitilanteissa palvelujen piiriin nopeasti. Ajanvaraus lääkärille tai hoitajalle pystyttiin yleensä järjestämään jokaisessa yksikössä muutamien päivien sisään asiakkaan yhteydenotosta, jolloin asiakkaan nopea avun saanti oli turvattu. Tutkimustuloksista käy ilmi myös, että mielenterveys- ja perusterveydenhuollon palveluiden piiriin oli huomattavasti vaikeampi päästä silloin, kun asiakkaalla ei ollut kyseessä

akuutti- tai kriisitilannetta. Palvelujen piiriin pääsyä vaikeuttivat mm. hoitajien ja lääkäreiden aikavarausten vähyys sekä pitkät jonot hoitoon pääsyssä.

Päihdepalveluissa asiakkaan pääsy palvelujen piiriin oli turvattu arkisin toimivilla päivystysajoilla, jotka toimivat matalankynnyksen palveluna. Asiakas hakeutui joko itsenäisesti tai jonkun hoitotahon lähettämänä päihdepalveluihin. Matalankynnyksen palveluun hakeutumisessa ei tarvittu lääkärin tai muun hoitotahon määrittelyä asiakkaan tilanteen akuuttiudesta. Asiakas pystyi itse määrittelemään oman kiireellisyytensä palveluihin hakeutuessaan. Se, miten jokin hoitotaho määrittelee asiakkaan kiireellisyysasteen, voi asiakkaan näkökulmasta katsottuna olla täysin toisenlainen. Asiakas saattaa kokea oman tilanteensa vakavampana tai akuutimpana, kuin millaiseksi hoitotaho hänen tilanteensa määrittelee.

Mielenterveysongelman rinnalla esiintyvä päihdeongelma vaikeutti myös asiakkaan palveluihin pääsyä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palveluihin pääsyssä oli puutteita, eikä tällöin asiakkaan kokonaisvaltainen hoito toteutunut. Asiakas ei usein päässyt mm. mielenterveyspalveluiden piiriin riittävän nopeasti hänellä esiintyvän päihdeongelmansa takia. Päihdehoitoon asiakas yleensä pääsi nopeasti, mutta tällöin mielenterveysongelman hoito jäi toissijaiseksi. Toisaalta sitten, kun asiakas oli päässyt mielenterveyspalvelujen piiriin, oli joissakin asiakastapauksissa toteutettu rinnakkaishoitoa. Rinnakkaishoidossa mielenterveys- ja päihdeasiakkaalla oli hoitosuhde samanaikaisesti sekä mielenterveys- että päihdepalvelujen piirissä. Tämä ei kuitenkaan tutkimustulosten mukaan ollut kovin yleistä.

Rinnakkaishoidon toteutuminen ei välttämättä ollut ongelmatonta. Tilanteissa, joissa asiakkaalla oli hoitosuhde sekä mielenterveys- että päihdepalveluissa, joutui asiakas niin sanotusti kahden hoitotahon väliin. Tämä tarkoittaa sitä, että asiakkaan selkeä hoitovastuun määrittäminen saattoi hoitotahojen välillä jäädä vajaaksi. Tämä taas heikentää asiakkaan molempien ongelmien kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista, varsinkin silloin kun hoitotahojen yhteistyö ei ole riittävän aktiivista. Se, että asiakas joutuu kahden hoitotahon väliin, heijastuu väistämättä myös asiakkaaseen. Tällöin esimerkiksi asiakkaan hoitoon sitoutuminen saattaa olla heikompaa kuin, silloin mikäli hän saisi palvelut molempiin ongelmiinsa yhdeltä hoitotalolta. Jotta asiakkaan hoito onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla, tulisi kahden hoitavan tahon välillä tehdä saumatonta yhteistyötä.

Jotta yhteistyötä hoitotahojen välillä voitaisiin parantaa, tulisi ensisijaisesti kehittää tiedonkulkua. Tiedonkulun vaikeus ja tiedon saannin ongelmat eri toimijoiden välillä nousivat tutkimuksessa esiin asiakkaan osallisuuden toteutumisesta vaikeuttavina tekijöinä. Osallisuus nähtiin mielenterveyspalveluissa toteutuvan mm. siten, että asiakastietoja lähetettiin toiselle hoitotaholle ainoastaan asiakkaan luvalla. Tämä kuitenkin vaikeutti perusterveydenhuollon tehtävää asiakkaan hoidossa. Perusterveydenhuollon ja mielenterveyspalvelujen välinen yhteistyö koettiin riittämättömäksi, joka vaikeutti myös tiedonkulkua. Riittämätön yhteistyö hoitotahojen välillä sekä riittämätön tiedonsaanti asiakasta aiemmin hoitaneelta taholta vaikeuttivat asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon toteutumista. Asiakkaan hoitotahon tiedonsaanti muista asiakasta hoitavista tahoista saattoi jäädä hyvin pintapuoliseksi ja toisinaan ainoastaan asiakkaan oman kertoman varaan. Tämä ei kuitenkaan palvele asiakkaan hoidon edistymistä parhaalla mahdollisella tasolla.

Perusterveydenhuollon sekä päihdehuollon välistä yhteistyötä oli kahden yksikön välillä kehittämään. Yhteistyön kehittäminen oli alkanut, koska yhteinen potilastietojärjestelmä puuttui. Tällöin hoitotahojen välinen tiedonkulku ja sen onnistuminen riippui ainoastaan hoitotahoista. Yhteistyön aloittamisella oli pystytty madaltamaan konsultoinnin ja tiedonkulun välillä olleita kynnyksiä. Tämä mahdollisti asiakkaan paremman ja kokonaisvaltaisemman hoidon perusterveydenhuollon ja päihdehuollon piirissä. Hoitotahojen välisenä yhteistyönä oli myös asiakkaan hoitopolkuihin kiinnitetty huomiota sekä lähdetty kehittämään hoitoprosesseja.

Riittämätön yhteistyö hoitotahojen välillä korotti konsultoinnin kynnystä. Monissa haastatteluissa ilmenikin erityisesti mielenterveysongelmiin liittyvä suuri kynnys konsultointiin. Yhdessä haastatteluissa mainittiin jopa, että perusterveydenhuollossa mielenterveysasiakkaiden eteenpäin ohjaus mielenterveyspalvelujen piiriin ei toteudu aktiivisesti, koska hoitotahojen välillä ei ole riittävää yhteistyötä. Pitkät jonot hoitoon pääsyssä eivät myöskään edesauttaneet asiakkaiden läheteiden saantia mielenterveyspalvelujen piiriin.

Tutkimustulosten mukaan yhteistyön kehittäminen korostuu, koska mielenterveys- ja päihdehäiriöiden esiintyminen samanaikaisesti on yleistynyt. Tätä mieltä olivat useat haastatellut, jotka perustivat näkemyksensä työkokemuksien pohjalta. Mielenterveys- että päihdeongelman samanaikaisen esiintyvyyden lisääntymiseen oli erityisesti mie-

lenterveyspalveluissa kiinnitetty huomiota. Asiakkaat olivat ohjautuneet mielenterveyspalvelujen piiriin pelkän mielenterveysongelmansa takia, mutta taustalta oli usein löytynyt lisänä myös päihdeongelma.

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito kokonaisuudessaan koettiin tuloksien mukaan kaikissa palveluissa haasteelliseksi. Erityisesti perusterveydenhuollon eri yksiköissä mielenterveysosaaminen koettiin puutteelliseksi. Mielenterveysosaamisen puuttuminen vaikeutti kaksoisdiagnoosin tunnistamista sekä asiakkaan hoitoa. Tiedon puute ja osaamattomuus lisäävät myös työntekijöiden työssäkuormittumista. Työntekijöiden kokema osaamattomuus vaikutti osaltaan myös siihen, että mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoito koettiin yleisesti vaikeaksi. Erityisesti perusterveydenhuollon palveluissa kaivattiinkin lisää mielenterveysosaamista yksikköihin. Psykiatrisen sairaanhoitajan saaminen perusterveydenhuollon palveluihin nostettiin monissa haastattelussa esille.

Perusterveydenhuollon osaaminen mielenterveyteen liittyvissä asioissa nousikin yhtenä keskeisenä asiana esiin tutkimuksen tulosten pohjalta. Kuitenkin mielenterveysosaamisen lisääminen tässä asiassa saattaa olla jokseenkin haasteellista. Esimerkiksi somaattista sairautta voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, mutta haasteen siihen tuo mahdollisen mielenterveysongelman havaitseminen taustalta joka mahdollisesti aiheuttaa somaattisia oireita. Tähän haasteeseen ei psykiatrisen sairaanhoitaja yksin pysty vastaamaan, vaan samanaikaisesti tulisi myös työntekijöiden mielenterveysosaamista kehittää.

Päihdeosaamista ja päihdeasiakkaan kanssa työskentelyä ei tutkimustulosten pohjalta koettu yleisesti niin haasteelliseksi, kuin mielenterveysosaamista ja mielenterveysasiakkaan kanssa työskentelyä. Tähän vaikutti osittain se, että perusterveydenhuollon ja päihdehuollon välisen yhteistyön kynnys oli matala. Osassa yksiköistä tehtiin perusterveydenhuollon sekä päihdehuollon välillä yhteistyötä. Perusterveydenhuollon yksiköissä päihdeasioihin liittyviä tilanteita ja kysymyksiä saatettiin toisinaan pitää haasteellisina, mutta kynnystä yhteydenottoon ja konsultointiin ei ilmennyt. Tieto konsultoinnin mahdollisuudesta vähensi myös työntekijöiden kuormittumista, koska neuvoja päihdeasioihin oli saatavissa. Todennäköisesti tämä on suurin syy siihen, miksi päihdeongelmaisen asiakkaan hoitoa pidettiin vähemmän vaativana tehtävänä, kuin mielenterveysasiakkaan hoitoa. Lisäksi perusterveydenhuollon yksiköissä oli päihde-

osaamista kehitetty myös koulutuksiin osallistumisilla, joka saattoi alentaa työntekijöiden puuttumisen kynnystä alkoholiongelmaisen asiakkaan hoidossa.

Osalla perusterveydenhuollon palveluista oli erilaisia esitteitä aula- ja odotustiloissaan esillä. Alkoholien liikakäytöstä, riskeistä ja vaaroista oli erilaisia esitteitä ja aineistoja tarjolla, kun taas mielenterveyteen liittyviä esitteitä ei juurikaan ollut. Esitteet olivat esillä siten, että ne olivat palveluiden käyttäjien vapaasta luettavissa ja otettavissa myös mukaan. Alkoholien liittyvien esitteiden lisäksi tarjolla oli myös mm. esitteitä eri sairauksista, erilaisia testejä sekä myös ennaltaehkäisevää tietoutta terveyden hoitamisesta. Mielenterveyteen liittyviä esitteitä ei löytynyt. Tämä liittyi niiden huonoon tarjontaan tai olemassa olevien materiaalien kustannuksiin. Myös mielenterveyspalveluissa oli kiinnitetty huomiota alan esitteiden heikkoon saatavuuteen. Perusterveydenhuollon ns. infopisteet olivat olleet toimivia ja materiaalien kulutus oli ollut hyvään. Tämä kertoi ihmisten kiinnostuksesta omaa terveyttä kohtaan ja heidän halukkuudesta lisätä omaan terveyteen liittyvää tietämystään. Tulevaisuudessa saattaisi olla myös mielenkiintoista tietää asiakkaiden omat toiveet materiaalien suhteen, jolloin saataisiin tietoa siitä mistä asiakkaiden keskuudessa erityisesti kaivattaisiin tietoa.

7.2 Tulosten tarkastelua palvelujen kehittämisestä

Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittämiseen liittyen löytyy paljon eri hankkeissa kehitettyjä innovaatioita ja loppuraportteja. Tämän tutkimuksen tuloksia on verrattu kansallisiin linjauksiin sekä osallisuutta ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden hoidon kehittämistä käsitteleviin tutkimuksiin (Liite 2).

Perusterveydenhuollon, mielenterveys- ja päihdepalvelujen haastatellut nostivat esille hyvin samansuuntaisia asioita niin palveluihin pääsyn, kuin palvelujen saamisenkin kohdalla. Tämä kuvaa mm. sitä, kuinka tärkeää on mahdollistaa jo palveluihin pääsyn vaiheessa asiakkaille samoja mahdollisuuksia kuin itse palvelujen piirissä. Palvelujen pääsyn kehittämisessä nousi ensiarvoisen tärkeäksi palvelujen saatavuus ja matala kynnys. Tätä korostivat kaikki perusterveydenhuollon haastatellut, ja se selkeästi tukee perusterveydenhuollon roolia ennaltaehkäisevänä, matalan kynnyksen palveluna.

Mieli-suunnitelma linjaa myös palvelujen saatavuutta ja matalaa kynnystä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toimeenpanosuunnitelmassa on mainittu matalakynnyksisten mielenterveys- ja päihdevastaanottojen kehittäminen peruspalvelujen yhteyteen sekä mielenterveys- ja päihdepalvelujen saatavuuden ja laadun seuranta tiedonkeruun, tilastoinnin ja sähköisen sairauskertomuksen kehittämisen kautta. Nämä ovat osa THL:n kärkihankkeita, joilla on keskeinen merkitys mielenterveys- ja päihdesuunnitelman tavoitteiden toimeenpanossa. (Partanen ym. 2010. 65, 69.)

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen vastauksissa nähtiin lähetekäytäntöjen selkiyttäminen yhtenä palveluihin pääsyn kehittämiskohteena. Tulevaisuudessa tarvitaan myös ei-lähetteellisiä käytäntöjä, mutta etenkin mielenterveyspalvelujen haastateltujen vastauksista oli nähtävissä lähetekäytäntöjen selkiyttäminen heidän suuntaansa. Asiakkaan kohtelu palveluihin pääsyssä nostettiin muutamassa haastattelussa esille. Sekä palveluihin pääsyn että palvelujen saannin kohdalla vastauksissa oli nähtävissä paljon hajontaa eri palvelujen välillä. Yhteisinä kehittämiskohteina molemmissa nähtiin osaamisen ja verkostoitumisen lisääminen, palvelutarjonnan, työmuotojen kehittäminen sekä hoidon porrastus ja työnjaollisten kysymysten selkiyttäminen. Vastaukset kuitenkin tukivat toisiaan ja ovat tärkeitä palvelujen järjestämisen mahdollistajia ja osa-alueita.

Osallisuuden kehittämisen kohdalla haastateltavat nostivat esille monia eri asioita ja niillä oli selkeä painotus eri palveluissa. Tätä osallisuuden monimuotoista kuvausta tukevat myös aikaisemmat tutkimukset aiheesta. Laitilan (2010, 146) mukaan sekä työntekijöiden, että asiakkaiden näkemysten mukaan osallisuus voi toteutua monella eri tavalla, mutta se koetaan riittämättömäksi käytännön mielenterveys- ja päihdetyötä toteutettaessa. Laitilan (2010, 145) tutkimuksen mukaan asiakkailta nähtiin olevan paras asiantuntijuus palvelujen sisällöstä ja omaa hoitoa koskevasta suunnittelusta. Tulosten mukaan palvelujen käyttäjien kokemuseräistä tietoa tulisikin käyttää laajasti hoidon suunnittelussa ja palvelujen kehittämisessä. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kohteluun liittyen nähtiin edelleen olevan paljon ennakkoluuloja ja negatiivisia asenteita. Toisaalta taas asiakkaiden oma motivaatio ja kyky olla osallisina asettavat haasteita osallisuuden kehittämiselle.

Asiakkaiden työntekijöiltä saaman kohtelun katsottiin tässä tutkimuksessa vaikuttavan osallisuuteen vain murto-osassa perusterveydenhuollon vastauksia, kun taas mielenterveyspalveluissa sitä korostettiin koko hoitoprosessin näkökulmasta osallisuutta lisäävänä tekijänä. Erilaisten ryhmätoimintojen kehittäminen ja hoidon suunnitteluun osallistuminen nähtiin muissa paitsi mielenterveyspalveluissa osallisuutta mahdollistavana tekijänä. Tätä voi selittää mielenterveyspalvelujen jo olemassa olevat vertaisryhmätoiminnot ja toisaalta se, että psyykkisistä ongelmista kärsivän ihmisen kokemuksen hyödyntäminen palvelutarjonnan kehittämisessä ei ole aina mahdollista ongelmien vaikeusasteen vuoksi.

Asiakkaan osallistumista hoidon suunnitteluun ja sitä kautta hänen kiinnostuksensa herättämistä omasta hyvinvoinnista korostettiin perusterveydenhuollossa. Mielenterveys- ja päihdepalvelujen asiakkaiden kohdalla löytyy pitkät perinteet hoidon suunnitteluun osallistumisessa, mutta perusterveydenhuollossa, jossa käynnit ovat lyhyitä, ei hoidon suunnitteluun osallistuminen toteudu samalla tavoin. Tähän tulisi tulevaisuudessa kiinnittää entistä enemmän huomiota perusterveydenhuollossa. Osallistuminen voi koostua pienistä asioista, poistamatta tai uhkaamatta kuitenkaan työntekijän asiantuntijuutta, ja sitä kautta lisätä asiakkaiden osallisuutta, sitoutumista ja motivointia oman sairauden hoitoon. Hoidon suunnitteluun osallistumisen mahdollistaminen ei saa olla työntekijäsidonnaista, vaan sen tulee olla enemmänkin ajatusmalli ja arvo, jota kaikki sitoutuvat toteuttamaan omassa työssään.

Osallisuuden lisäämisen näkökulmasta hoidon arvioinnin kehittäminen nousi selkeästi esille mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa hoitosuhteet ovat usein pitkiä ja sen vuoksi asiakkaiden osallisuus koko hoitoprosessin arviointiin on ensiarvoisen tärkeää. Esimerkiksi palautteen antamisella koko hoitojakson ajan, ei vain päättymistilanteessa, voidaan lisätä asiakkaan osallisuuden tunnetta ja toisaalta antaa äärimmäisen arvokasta tietoa työntekijälle.

Mielenterveyspalveluissa korostui asiakkaan vastuunottamisen tukeminen omasta hoidosta, jonka kautta osallisuutta nähtiin voitavan lisätä. Tämä on varmasti yksi toimivan asiakassuhteen kulmakivistä ja lähtökohtana sille, että asiakas voi osallistua hoitoonsa. Toisaalta vastuunottamiseen hoidosta vaikuttaa asiakkaan motivaation ja sairauden vaiheen lisäksi myös kaikki aiemmin mainitut asiat ja sen vuoksi tähän on erityisen tärkeää kiinnittää työntekijöiden osaamisen kautta huomiota. Osassa peruster-

veydenhuoltoa tämä sama asia nähtiin yhteistyön ja tiedottamisen kautta eli siten myös työntekijöiden osaamista ja edellytyksiä osaamisen mahdollistamiselle voitaisiin lisätä. Laitilan (2010, 147) tutkimuksessa sekä asiakkaat että työntekijät kokivat, että osallisuuden toteutumiseen vaikuttaa vointi, motivaatio ja voimavarat. Osallisuutta ja omaan hoitoon ja kuntoutukseen pidettiin ensisijaisena osallisuuden muotona.

Asiakkaan vastuuttamisen lisäksi hyvässä hoidossa tarvitaan joustavaa tiedonkulkua sekä moniammatillista yhteistyötä, varsinkin silloin kun hoitoon osallistuu useampi eri hoitotaho. Yhteistyön tiivistäminen ja sen kehittäminen on keino edistää mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollon palveluiden saumattomien hoito- ja palveluketjujen muodostamista.

Tiedonsaannin kehittämisen kohdalla kaikille palveluille yhteistä oli työntekijöiden ammattitaidon ja asiakkaille tarjottavan kirjallisen tiedon kehittäminen. Työntekijöiden osaaminen paitsi sairauksista ja niiden hoidosta myös alueen palveluista tulee olla vahvaa. Kirjallisen tiedon ja esitteiden saatavuuden parantamisella ja niiden sisältöjen kehittämisellä pystytään helposti monipuolistamaan asiakkaille tarjottavaa tietoa. Etenkin mielenterveyteen liittyen esitteiden saatavuutta tulisi jatkossa parantaa ja toisaalta yhdistettyä mielenterveys- ja päihdemateriaalia tulisi kehittää. Kirjalliset esitteet ja erilaiset aineistot voivat toimia työntekijän ajantasaisen osaamisen tukena ja sitä kautta parantaa asiakkaille tarjottavien palvelujen laatua. Lisäksi ne antaisivat tietoa asiakkaalle, koska kaikilla asiakkailla ei välttämättä ole käytössään internetin mukanaan tuomia tiedonetsimisen mahdollisuuksia.

Kirjallisen tiedon tuottamisesta puhutaan myös Hätösen (2010, 54) väitöskirjassa, jossa selvitettiin mm. potilasopetuksen laatua psykiatrisissa sairaaloissa. Potilasopetuksen laadun kehittämiseksi saadut tulokset tukevat myös tässä tutkimuksessa esiin nousseita osa-alueita. Näitä olivat esimerkiksi hoitajien tietojen ja taitojen lisääminen, kirjallisen opetusmateriaalin tuottaminen sekä tilojen ja välineiden toimivuus. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Kuosmasen (2009, 38) tutkimuksessa psykiatristen sairaaloiden potilaiden henkilökohtaisesta vapaudesta ja tiedonsaannin kehittämisestä.

Perusterveydenhuollon haastateltujen mainitsemat yhteiskunnallinen näkyvyys ja tiedottaminen sekä suullisen tiedon kehittäminen ovat tärkeitä näkökulmia kehittämiseen

ja yleisiin linjauksiin liittyen. Tähän liittyy olennaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmien stigman vähentäminen ja asioiden esille nosto positiivisella tavalla.

Mieli-suunnitelma on asettanut tavoitteeksi asiakkaan aseman vahvistamiseen liittyen, että sitä kautta vahvistetaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden asemaa tasavertaisina sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjinä ja vähennetään sairastumiseen liittyvää stigmaa (Partanen ym. 2010, 66). Suullisen tiedottamisen kehittämiseen liittyy myös eri vaihtoehtojen esille tuominen asiakkaille tiedottamisessa sekä osaaminen, jolloin kaikkien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kanssa työskentelevien olisi pystyttävä antamaan tietoa eri vaihtoehtoista.

Perusterveydenhuollossa sekä mielenterveys- ja päihdepalveluissa nähtiin hyvinä käytäntöinä yhteistyö, monipuoliset hoitokäytännöt ja säännölliset yhteistyöpalaverit. Etenkin A-klinikan kanssa toteutettavaa yhteistyötä ja yhteisesti laadittuja toimintamalleja, kuten lääkehoitosopimukset, pidettiin hyvinä. Tämä kuvastaa sitä, että A-klinikan kanssa tehtävällä yhteistyöllä on pitkät perinteet ja asiakasaines on varsin moniongelmaista, jolloin yksi keino kehittyä on ollut yhteistyön tekeminen eri toimijoiden kanssa. Päihdepalvelut ovat pystyneet vastaamaan hyvin yhteistyön keinoin ajoittain haastavienkin asiakkaiden hoitoon. Lisäksi lähipalveluja pidettiin yhden kunnan mielenterveys- ja päihdepalveluissa hyvänä käytäntönä.

Yhteistyön kehittämiseen liittyen perusterveydenhuollossa ja mielenterveyspalveluissa nähtiin yhteiset tapaamiset ja tiedonvälitys sekä yhdenmukaisuus oman organisaation sisällä tärkeinä. Yhteistyön kehittämistä kaivattiin lisää. Se, että yhteistyö oli nimetty myös hyväksi käytännöksi alueella kuvastaa, että paljon hyviä ja toimivia malleja on jo kehitetty. Tulevaisuudessa tarvitaan kuitenkin enemmän kaikki palvelut kattavaa yhteistyötä. Tämän järjestämistä helpottaa se, että hyviä käytäntöjä löytyy jo olemassa olevista rakenteista. Tällaisina kehittämiskohteina nähtiin myös yhteistyösopimukset.

Höltän (2006, 35) tutkimuksen tulokset tukevat tässä opinnäytetyössä esille noussutta yhteistyön kehittämiseen liittyvää tiedonvälitystä. Siinä haastatellut työntekijät näkivät kaksoisdiagnoosiasiakkaiden avun saannin ja hoidon esteiksi juuri tiedonpuutteen ja tiedonkulkuun liittyvät hankaluudet. Jos tietojen jakamisessa yli sektori- ja organisaatiorajojen ilmenee puutteita, hankaloittaa se mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kokonaisvaltaisen avun saannin mahdollisuuksia.

Palvelusta toiseen siirryttäessä asiakkaan saattaen vaihtaminen, asiakaskohtainen yhteistyö, yhteiset hoitokäytännöt eri organisaatioiden välillä sekä palautteen saaminen nousivat myös esille tutkimuksen kehittämiskohteina. Nämä kaikki yhteistyöhön liittyvät kehittämiskohteet linkittyvät myös Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian tavoitteisiin. Tulevassa strategiassa ollaan linjaamassa vuosille 2012–2016 yhteistyön toimintamalleja ja seurantafoorumia, joten tässä tutkimuksessa esille nousseet asiat tukevat alueellista kehittämistyötä ja ovat tärkeitä työ- ja kehittämisen välineitä.

Alueellisena haasteena ja tarpeena nähtiin kaikkien haastateltujen vastauksissa osaamisen lisääminen. Kohtaamiseen ja asenteisiin liittyvää koulutusta tarvitaan entistä enemmän. Tällekin asialle tullaan linjaamaan suuntaviivat ikäryhmittäin tulevassa mielenterveys- ja päihdestrategiassa. Tässä opinnäytetyössä haastatellut esimiehet ovat avainasemassa osaamisen lisäämisen näkökulmasta. He toimivat mukana rekrytointiprosesseissa ja käytännön työn kehittämisen mahdollistajina, jonka vuoksi on erityisen merkittävää, että he kaikki näkevät osaamisen lisäämisen tärkeänä tulevaisuuden tarpeena. Tämä kuvastaa myös sitä, että asian suhteen ollaan menossa parempaan suuntaan ja esimiehet ovat motivoituneita viemään osaamisen lisäämistä eteenpäin omissa organisaatioissaan.

Erityisesti perusterveydenhuollon yksiköissä kaivattiin lisää mielenterveysosaamista. Psykiatrisen sairaanhoitajan saaminen perusterveydenhuollon palveluihin nostettiin monissa haastatteluissa esille. Psykiatristen sairaanhoitajien sijoittumisen perusterveydenhuollon yksiköihin vastaisi tätä kautta myös matalankynnyksen mielenterveyspalveluiden järjestämisen tarpeeseen.

Yhteisen työnjaon ja toimintamallien kehittämisen yhtenä mahdollistajana nimettiin yhteinen potilastietojärjestelmä, joka alueelta puuttui. Vaikka yhteistä tietojärjestelmää ei ollutkaan käytössä, mainittiin yhtenä tärkeänä ratkaisuvaihtoehtona kuitenkin ns. raja-aitojen ylittäminen eri palvelujen välillä. Tämä tarkoittaa myös sitä, että asiakkaan mielenterveys- tai päihdeongelma tulee huomioida entistä kokonaisvaltaisemmin eri palveluissa. Tähän seikkaan tulee tulevaisuudessa kiinnittää entistä enemmän huomiota, koska sitä kautta on mahdollista vähentää asiakkaiden pallottelua eri palvelujen välillä. Osin tähän liittyen nimettiin myös resurssien lisääminen ja uudelleenorganisointi. Tässä voisi ajatella olevan kyse enemmänkin oman työn uudelleenorgani-

soinnista ja ajattelumallin muutoksesta, jota kehittämällä pystytään vastaamaan entistä paremmin ja laadukkaammin mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitoon.

Resurssien tai niiden uudelleenorganisoinnin lisäämisen myötä voisi myös asiakkaiden hoitoon pääsy nopeutua kaikissa tilanteissa. Näin mahdollistettaisiin samalla myös ennaltaehkäisevän työn toteuttaminen sekä perusterveydenhuollossa että mielenterveys- ja päihdepalveluissa. Tämä tarkoittaisi varhaisen puuttumisen ja varhaisen tunnistamisen toteutumista niin mielenterveys- kuin päihdeongelmissakin, sekä väestö- että riskiryhmä tasolla. Ehkäisevän mielenterveys- sekä päihdetyön paras toteutumisen tausta on työntekijöiden ammattitaito, näkemys ja yhteistyöhalu.

Tutkimustulosten perusteella palveluiden yhtenä haasteena ja tarpeena nähtiin yhteistyökumppaneille tiedottaminen omasta toiminnasta. Aiemmin esille nostetussa yhteistyön kehittämisessä ja tulevassa strategiassa linjattavat yhteistyön toimintamallit vastaavat osittain myös tähän kehittämiskohtaan. Yksiköiden tiedottaminen ja oman toiminnan läpinäkyväksi tekeminen madaltaa yhteistyön tekemisen kynnystä ja sitä kautta mahdollistaa myös entistä paremman osaamisen ja verkostoitumisen mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden kanssa työskenteleville.

Tässä opinnäytetyössä haastatelluista asiantuntijoista osa työskenteli vahvasti korjaavalla puolella. On kuitenkin tärkeää, että haastatelluista nousi silti haasteena ja tarpeena esille myös ennaltaehkäisyn näkökulman huomioiminen. Tässä yhteydessä mainittiin etenkin nuorten matalan kynnyksen palvelut ja masennuksen seuranta. Tärkeää on kuitenkin muistaa, että ennaltaehkäisyn näkökulma koskee laajemmin katsottuna kaikkia palveluja, joihin myös korjaava puoli kuuluu.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tämä opinnäytetyö toteutettiin Mietippä-hankeelle. Tutkimus toteutettiin teemahaastatteluilla, joissa aihepiirit oli ennalta valittu ja joiden ympärille haastattelu rakentui. Tämän tutkimuksen uskottavuutta ja luotettavuutta vahvistaa se, että tutkimusprosessista ja tuloksista oli mahdollisuus keskustella strategiatyössä mukana olleiden henkilöiden kanssa. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Haastateltavat oli valittu hankealueelta ja osa heistä oli myös mukana hankkeen kehittämistyössä. Lisäksi hankkeen ohjausryhmien kokouksissa oli osallistujille kerrottu tutkimuksesta.

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen ja teemahaastattelun luotettavuuskriteerien avulla. Tutkimuksessa on pyritty välttämään virheiden syntymistä, tulosten luotettavuuden ja pätevyyden näkökulmasta (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliaabelius (luotettavuus) ja validius (pätevyys) käsitteet perustuvat ajatukselle, että tutkija pääsee käsiksi objektiiviseen to- tuuteen ja todellisuuteen. Validius käsitteenä on reliaabelius käsitteen tapaan peräisin kvalitatiivisesta tutkimuksesta. Validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä eli sitä, onko tutkimus antanut vastauksia tutkimuksen lähtökohtana olleisiin kysymyk- siin. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 185–186.)

Yleisiä kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin kriteerejä ovat uskotta- vuus, siirrettävyys, riippuvuus ja vahvistettavuus. Tässä tutkimuksessa tulokset on py- ritty kuvaamaa selkeästi, mikä on edellytyksenä uskottavuudelle ja vahvistettavuudel- le. Tämä antaa lukijalle mahdollisuuden ymmärtää, miten tutkimus on tehty ja mitkä ovat sen rajoitukset ja vahvuudet. Näin tarkastellaan sekä analyysiprosessia että tulos- ten luotettavuutta. Tutkimustulosten ja aineiston suhteen kuvaus on tärkeä luotetta- vuuskysymys, koska se edellyttää aineiston kuvaamista mahdollisimman tarkasti ka- tegorioiden ja käsitteiden sisältöjen avulla. (Cuba & Lincoln 1981, 1985, Kankkusen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160 mukaan.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu avoimesti ja johdonmukaisesti. Opinnäytetyön toteu- tus ja valinnat ovat tarkasti selostettuja ja hyvin perusteltuja. Tutkimustulosten rapor- toinnissa tulokset on esitelty alakategorioittain ja niiden muotoutuminen on kuvattu auki. Tulossiossa on käytetty suoria lainauksia, joilla on voitu näyttää todeksi yhteys alkuperäiseen aineistoon ja sitä kautta tutkijoiden päättelyyn. Kehittämistoiminnan tuotoksia ja tuloksia voi olla vaikea istuttaa toiseen, erilaiseen toimintaympäristöön (Toikko & Rantanen 2009, 126). Tästä syystä olemme pyrkineet tuomaan tutkimuksen toteutuksen ja kontekstin esille niin läpinäkyvästi, että muut voivat arvioida tulosten käyttökelpoisuutta omassa yhteisössään.

Tiedon siirrettävyyden varmistamiseksi tarvitaan huolellista tutkimuskontekstin kuva- usta, osallistujien taustojen ja valinnan selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyys- sin tarkkaa kuvausta. Siirrettävyyden avulla voidaan arvioida sitä, kuinka tulos sopii toisiin yhteyksiin. Tähän antavat tukea tutkimuksen rajoitusten, aikaisemman tiedon ja kokemuksen selkeä tulkinta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160, 165.)

Tässä opinnäytetyössä koko tutkimuskonteksti ja siihen liittyvät osatekijät on kuvattu auki. Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan jossain määrin soveltaa tai siirtää toisiin yhteyksiin tai alueisiin Suomessa. Tutkimuksen suunnittelussa on kuitenkin keskitytty vahvasti Etelä-Kymenlaakson alueelliseen tilanteeseen ja kehittämistyöhön, jolloin sen siirrettävyys sellaisenaan ei ole täysin mahdollista juuri alueellisten erityispiirteiden vuoksi.

Tutkimuksen luotettavuuden osatekijöihin voidaan liittää myös kysymys toimijoiden sitoutumisesta. Osallistujien sitoutuminen tutkimusprosessiin vaikuttaa aineistojen, metodin ja tuotosten luotettavuuteen. (Toikko & Rantanen 124.) Tämän opinnäytetyön tiedonantajat oli valittu huolella ja tarkoituksenmukaisesti. Osa heistä oli yhteistyössä Mietippä -hankkeessa toteutettavassa strategiatyössä ja/tai muussa siihen liittyvässä kehittämistoiminnassa. Toimijoiden sitoutuminen oli yhtenä valintaperusteena sille, että haastateltaviksi valittiin juuri esimiehet. Esimiehillä on kattava kokonaiskuva koko palvelujärjestelmästä ja heidän toimenkuvaansa liittyy aina jossakin muodossa kehittäminen.

Tämä tutkimus liittyy kiinteästi kehittämishankkeeseen jolloin luotettavuus tarkoittaa myös tiedon käyttökelpoisuutta. Kehittämistoiminnan yhteydessä syntyvä tieto tulee olla todenmukaista, mutta ennen kaikkea sen tulee olla myös hyödyllistä. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta sekä reliabiliteettia että valideettia voidaan soveltaa kehittämistoimintaan, vaikka laadullisessa tutkimuksessa käytetään usein uskottavuuden käsitettä. (Toikko & Rantanen 2009, 122.) Tämä opinnäytetyö antaa tutkimuksellista näyttöä mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisen ja strategiatyön tueksi. Tarve tälle opinnäytetyön aiheelle on noussut kehittämistyön kautta ja aihe on sen pohjalta muokattu alueen tarpeita vastaavaksi.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on huomioitava, että ihmiselle on ominaista ajassa tapahtuva muutos. Etenkin silloin, kun kyseessä ovat muuttuvat ominaisuudet, on tästä tutkimustuloksiin kohdistuvasta määritelmästä luovuttava. Tutkimuksen toistettavuuteen vaikuttaa paljon alueellisen kehittämistyön eteneminen ja sen tuottamat tulokset. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 186.) Tämän opinnäytetyön tuloksiin vaikuttaa erityisen vahvasti tutkimushetken tilanne.

Tuomi & Sarajärven (2004, 135–139) mukaan tutkimuksen luotettavuuden arvioinnista ei ole laadullisessa tutkimuksessa olemassa yksiselitteisiä ohjeita. Tutkimusta tuleekin arvioida kokonaisuutena, jolloin luotettavuuden arviointi kohdistuu koko tutkimukseen ja sen prosesseihin.

7.4 Tutkimuksen eettisyys

Kaikkiin tutkimuksiin liittyy eettisiä ratkaisuja. Ihmistieteissä joudutaan eettisten kysymysten eteen tutkimuksen joka vaiheessa. On hyvä olla tietoinen tutkimuseettisistä kysymyksistä jo ennen itse tutkimuksen aloittamista. Ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa tärkeimpinä eettisinä periaatteina ovat informointiin perustuva suostumus, luotamuksellisuus, seuraukset ja yksityisyys. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 19–20.)

Etiikan peruskysymyksiä ovat kysymykset hyvästä ja pahasta, oikeasta ja väärästä. Tutkimuksen tekoon liittyy monia eettisiä kysymyksiä, jotka tässä tutkimuksessa on otettu huomioon. Tiedon hankintaan ja julkaisemiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksyttyjä. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on jokaisen tutkijan omalla vastuulla. Tämän tutkimuksen teossa on pyritty noudattamaan hyvää tieteellistä käytäntöä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23). Tieteellisten menettelytapojen noudattamiseen löytyy mm. opetusministeriön asettama tutkimuseettinen neuvottelukunnan laatimat ohjeet.

Tämän tutkimuksen yhtenä lähtökohtana on ihmisarvon kunnioittaminen. Tässä tutkimuksessa ihmisen itsemääräämisoikeus tarkoittaa mm. sitä, että haastateltavat ovat saaneet itse päättää osallistumisestaan tutkimukseen. Opinnäytetyömme noudattaa tutkimuksen eettisiä vaatimuksia myös siten, että haastateltujen maininnat on pyritty tuomaan esille mahdollisimman hyvin sanoman sisältöä kuvaillen, mutta kuitenkin siten, että haastateltava ei ole tunnistettavissa sanojen tai murteen perusteella. Haastateltaville toimitettiin etukäteen tietoa Mietippä -hankkeesta ja opinnäytetyön toteuttamisesta, jolloin heille annettiin mahdollisuus arvioida omaa osallistumista haastatteluun.

7.5 Päätelmät ja jatkotutkimusehdotukset

Tämän opinnäytetyön aihe on valtakunnallisesti ja alueellisesti ajankohtainen. Mielen-terveys- ja päihdeongelmien syveneminen on suuri kansantaloudellinen ja kansanterveydellinen haaste. Tähän haasteeseen vastaaminen edellyttää palvelujen kehittämistä

vastaamaan entistä paremmin ja tehokkaammin näihin ongelmiin. Mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä linjaavat valtakunnalliset ohjelmat ja suositukset, joita toteutetaan eri hankkeiden avulla käytännön kehittämistyössä.

Tämän opinnäytetyön tuloksista oli havaittavissa mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen järjestämiseen liittyviä haasteita. Nykytilannetta tarkasteltaessa haasteet liittyivät mielenterveys- ja päihdeongelmien samanaikaisen esiintymisen havaitsemiseen, joka vaikeutti asiakkaan palveluihin pääsyä ja aiheutti kehittämistarpeita palvelujen järjestämiseen.

Päätelmä: Mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääseminen osoittautui tutkimustulosten perusteella haasteelliseksi, mm. mielenterveys- ja päihdeongelman samanaikaisen esiintymisen ja työntekijöiden puutteellisen osaamisen takia.

Palvelujen resurssit sekä jokaisen ihmisen subjektiivinen kokemus avun tarpeen kiireellisyydestä voivat aiheuttaa haasteita palvelujen järjestämiseen. Mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden yhdenvertaiseen kohteluun eri palveluissa voidaan vaikuttaa kehittämällä lisää matalan kynnyksen palveluvaihtoehtoja perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin. Parhaan mahdollisen hoidon kannalta sekä mielenterveys- että päihdeongelmien tunnistaminen on erityisen tärkeää havaita kyseisessä palvelussa, johon asiakas hakeutuu. Työntekijöiden osaamista ja eri palveluiden välisiä konsultointimahdollisuuksia kehittämällä pystyttäisiin asiakkaiden palvelun tarpeeseen vastaamaan paremmin siinä palvelussa, johon asiakas ottaa ensimmäisenä yhteyttä. Lisäksi muissa palveluissa tehtävä työ tulisi tällöin läpinäkyvämmäksi ja vähentäisi asiakkaan pompottelua eri palvelujen välillä sekä ehkäisisi asiakkaan putoamista kokonaan palvelujärjestelmästä.

Päätelmä: Kehittämällä lisää matalan kynnyksen palveluvaihtoehtoja perusterveydenhuoltoon ja mielenterveyspalveluihin parannetaan asiakkaiden yhdenvertaista kohtelua ja pysymistä palvelujen piirissä.

Perusterveydenhuolto on avainasemassa päihde- ja mielenterveystyössä sekä ongelmien varhaisessa tunnistamisessa. Perusterveydenhuollon palveluiden mielenterveystyön osaamista lisäämällä ennaltaehkäistään ongelmien syntymistä sekä mahdollistetaan tarttuminen asiakkaiden mielenterveyden häiriöihin jo niiden varhaisessa vaiheessa.

Lisäksi nopea hoidon aloittaminen vähentää myös sairastamisen vaikeusastetta. Aktiivinen ja nopea mielenterveyshäiriöiden hoito ehkäisee myös ongelmien kroonistumista. Perusterveydenhuollon mielenterveysosaamisen lisääminen mahdollistaisi myös lievempien mielenterveyshäiriöiden tehokkaamman hoitamisen jo perusterveydenhuollon piirissä, jolloin itse mielenterveyspalveluja voitaisiin kohdentaa tehokkaammin vakavampien ja syvempien mielenterveyshäiriöiden hoitamiseen.

Päätelmä: Perusterveydenhuollon mielenterveystyön osaamisen lisäämisellä tuetaan mielenterveyshäiriöiden varhaista tunnistamista ja puuttumista, jolla vähennetään sairastamisen vaikeusastetta ja ehkäistään ongelmien kroonistumista.

Peruspalveluiden päihdetyön osaamista lisäämällä ennaltaehkäistään ongelmien syventymistä sekä ehkäistään riippuvuuksien syntymistä. Varhaisvaiheen päihdeongelmiin puuttumisella voidaan ehkäistä vakavampia ja huomattavasti enemmän voimavaroja vaativia päihdeongelmia. Päihdeosaamista lisäämällä vähennettäisiin myös päihdepalvelujen kuormittumista sekä näistä aiheutuvien hoitojen kustannuksia. Päihdeongelmien hoito on aina kannattavampaa kuin niiden hoitamatta jättäminen. Ehkäisevää päihdetyötä ja päihdepalveluja kehittämällä voidaan vähentää yhteiskunnan kokonaiskustannuksia.

Päätelmä: Perusterveydenhuollon päihdetyön osaamisen lisäämisellä tuetaan varhaista tunnistamista ja puuttumista, joilla ennaltaehkäistään vakavampien päihdeongelmien syntymistä.

Työntekijöiden osaamista monipuolistamalla ja yhteistyökäytäntöjä sekä konsultointimahdollisuuksia vahvistamalla pystytään kehittämään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja tulevaisuudessa tarkoituksenmukaisemmiksi ja toimivammiksi. Tämä edesauttaa ja vahvistaa myös asiakkaan tiedonsaantia ja osallisuutta omassa hoidossa. Parhaimmillaan voidaan puhua asiakkaan ja työntekijän välisestä dialogista, jossa asiakkaan osallisuuden toteutumisen kautta työntekijän osaaminen lisääntyy ilman tieteellisen tiedon ja kokemuseräisen tiedon vastakkainasettelua.

Päätelmä: Toimivampien mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittämiseksi tulee työntekijöiden osaamista monipuolistaa sekä yhteistyökäytäntöjä ja konsultointimahdollisuuksia vahvistaa.

Etelä-Kymenlaakson alueelta löytyy paljon toimivia käytäntöjä jotka yhdessä haasteiden tunnistamisen kanssa luovat hedelmällisen pohjan palvelujen kehittämiseksi. Mielenterveys- ja päihdeasioiden esille nostoa tarvitaan tulevaisuudessa niin valtakunta- kuin aluetasollakin. Matkaa on vielä paljon siihen, että mielenterveys- ja päihdeongelmiin liittyvä leimautuminen pienenee, mutta palvelujen rakenteisiin vaikuttamalla sitä voidaan ratkaisevasti edistää.

Päätelmä: Palvelujen kehittämisen pohjaksi Etelä-Kymenlaakson alueelta löytyy jo olemassa olevia toimivia käytäntöjä.

Jatkossa olisi hyödyllistä tehdä vertailevaa tutkimusta alueen palvelujen tarjoajien, asiakkaiden ja omaisten tutkimustuloksista mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelujen kehittämiseksi. Jatkotutkimuksia voisi myös fokusoida yhteen palveluun, jolloin saataisiin kattavampi käsitys siitä, kuinka juuri ko. tarkastelun kohteena olevaa palvelua tulisi kehittää. Mielenterveys- ja päihdetyön osaamiskartoitukset mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa olisi hyödyllistä toteuttaa kvantitatiivisena tutkimuksena, jolloin saataisiin laadittua selkeä seudullinen koulutussuunnitelma.

Tässä opinnäytetyössä tuotetun tiedon pohjalta saadaan tutkimuksellista näyttöä Etelä-Kymenlaakson mielenterveys- ja päihdestrategian 2012–2016 tueksi. Tuloksista on noussut esille tärkeää tietoa mielenterveys-, päihde- ja peruspalvelujen konkreettiseen kehittämiseen ja mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden avun saantiin liittyen. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan hyödyntää tulevan strategian seurannassa, arvioinnissa ja päivityksessä.

Tutkimustulosten perusteella esitämme seuraavat päätelmät ja kehittämis ehdotukset mielenterveys- ja päihdeasiakkaan palvelujen kehittämisen tueksi.

- 1) Palveluihin pääsyn kehittämisessä on ensiarvoisen tärkeää huomioida palveluihin pääsyyn ja saatavuuteen sekä matalan kynnyksen palveluihin liittyvät haasteet.
- 2) Palvelujen saamisessa tulee huomioida palvelutarjonnan ja eri työmuotojen kehittäminen sekä työntekijöiden osaamisen lisääminen. Siten voidaan kehittää päihdepalveluiden toimivuutta ja joustavuutta sekä vähentää eri palveluiden kuormittumista.

- 3) Asiakkaan paremman osallisuuden toteutumiseksi tulee asiakkaiden kohteluun kiinnittää entistä enemmän huomiota. Myös tiedonkulkua ja tiedon saantia eri toimijoiden välillä tulee kehittää sekä asiakkaiden kokemusperäistä tietoa käyttää laajemmin hyödyksi hoidon suunnittelussa ja palvelujen kehittämisessä.
- 4) Asiakkaan tiedonsaannin parantamiseksi tulee kirjallista tietoa ja internettiä hyödyntää entistä paremmin ja laajemmin.
- 5) Mielenterveys- ja päihdepalvelujen kehittämisessä paikallisesti on hyvä huomioida Etelä-Kymenlaakson alueelta jo löytyvät hyvät käytännöt. Näitä toimivia käytäntöjä voidaan hyödyntää palvelujen kehittämistyön pohjana.
- 6) Yhteistyötä ja konsultaatiomahdollisuuksia kehittämällä pystytään mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja kehittämään tarkoituksenmukaisemmiksi ja toimivammiksi kokonaisuuksiksi.
- 7) Tutkimustulosten pohjalta alueellisena haasteena ja tarpeena on työntekijöiden osaamisen lisääminen, joka koskee erityisesti psykiatrasta osaamista. Lisäksi asiakkaan kohtaamiseen, puheeksiottamiseen ja asenteisiin liittyviä sekä eri organisaatioiden välisiä yhteisiä koulutuksia tarvitaan. Yhteisen työnjaon, järjestelmien ja toimintamallien kehittäminen on tärkeää, jotta mielenterveys- ja päihdeasiakkaille tarjottavat palvelut voidaan turvata. Lisäksi haasteena eri palvelun tarjoajien välillä on yhteisen potilastietojärjestelmän puuttuminen.

LÄHTEET

- Aalto, M. 2007. Artikkel: Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007;123:1293-8.
- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. *Ikkunoita tutkimusmetodeihin 2*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Alkio, M. 2011. *Terveiden kustannuksella. Miksi terveydenhuoltojärjestelmä on uudistettava?* Helsinki: WSOY.
- Bäckmand, H. Member of FCG – Finnish Consulting Group. Menetetty elinvuodet – PYLL-indeksi. Efeko Oy esite.
- Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.
- Eskola, J. & Karila, A (toim.). 2007. *Mielekäs Suomi, näkökulmia mielenterveystyöhön*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- ETENE 2008. Miten käy maan hiljaisten. ETENE-julkaisuja 23. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Saatavissa: http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-524.pdf. [viitattu 15.1.2012].
- Grella, C & Gilmore, J. 2002. Improving service delivery to the dually diagnosed in Los Angeles county. *Journal of substance abuse treatment* 23 (2002) 115-122.
- Harjajärvi, M., Pirkola, S. & Wahlbeck, K. 2006. *Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa*. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Havio, M., Inkinen, M. & Partanen, A (toim.). 2008. *Päihdehoitotyö*. Jyväskylä: Gummerus.
- Heikkinen-Peltonen, R., Innamaa, M. & Virta, M. 2008. *Mieli ja terveys*. Helsinki: Edita Prima.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Kirjayhtymä.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy

Holmberg, J., Hirschovits, T., Kylmänen, P. & Agge, E (toim.). 2008. Tämä potilas kuuluu meille. Helsinki: Suomen sairaanhoitaja liitto ry.

Hätönen, H. 2010. Patient education to support the self-management of patients with mental illness. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Hölttä, J. 2006. ”Muiden silmissä vaan häirikkö.” Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon ja avunsaannin haasteet. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kuosmanen, L. 2009. Personal liberty in psychiatric care: towards service user involvement. Väitöskirja. Turun yliopisto.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto.

Laitila, M. & Järvinen, T. (toim.). 2009. Mielenterveys- ja päihdetyön strateginen suunnittelu kunnissa. Opas 6. Helsinki: Yliopistopaino.

Laki kansanterveyslain muuttamisesta 855/2004.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 22.9.2000/812.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä 159/2007.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994/559.

Lappalainen-Lehto, R., Romu, M.-L. & Taskinen, M. 2007. Haasteena päihteet. Ammatillisen päihdetyön perusteita. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lehto, J., Kananoja, A., Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: WSOY.

Lillrank, P. & Venesmaa, J. 2010. Terveydenhuollon alueellinen palvelujärjestelmä. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.

Ruusu, M. & Sohlman, T. Mietippä-hankkeen väliraportti 20.12.2011.

Moring, J., Martins, A., Partanen, A., Bergman, V., Nordling, E. & Nevalainen, V. (Toim.) 2011. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 6/2011. Helsinki: Yliopistopaino.

Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. 2010. Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Helsinki: Fioca Oy.

Nopari, E., Kiiltomäki, A. & Pesonen, A. 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Partanen, A., Moring, J., Nordling, E. & Bergman, V. (Toim.) 2010. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Pietilä, A.-M. (toim.). 2010. Terveyden edistäminen – teorioista toimintaan. Kuopio: WSOYpro Oy.

Pirkola, S. & Sohlman, B. (toim.). 2005. Mielenterveysatlas - tunnuslukuja suomesta. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy

Päihdehuoltolaki 17.1.1986/41.

Päihdepalvelut. 24.10.2011. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/paihdeyto_ja_palvelut/paihdeyto2011 [viitattu 6.1.2012].

Raittiustyölaki 19.11.1982/828.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

SHL - Sosiaalihuoltolaki 17.9.1982.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivut. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-17905.pdf [viitattu 8.2.2012].

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vierotus- ja korvaushoidon järjestämisestä eräillä lääkkeillä 17.1.2008/33.

SOTKANet - Tilasto- ja indikaattoritietokanta 2005-2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [viitattu 10.2.2012].

Stengård, E., Savolainen, M., Sipilä, M. & Nordling, E. 2009. Ehkäisevä mielenterveysyö kunnissa. Aineistoa suunnittelun tueksi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Taipale, V., Lehto, J., Mäkelä, M., Kokko, S., Muuri, A. & Lahti, T. 2004. Sosiaali- ja terveydenhuollon perusteet. Porvoo:WSOY.

Terveystenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveystenhuoltolaki ja sen toimeenpano. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut. 2012. Saatavissa:

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopakettit/terveydenhuoltolaki [viitattu 10.3.2012].

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Yliopistopaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2004. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy

Vohlonen, I. & Vienonen, M. 27.5.2009. PowerPoint-alkuperäisesitys. Potential Years of Life Lost. PYLL-diat. Kotka: Merikeskus Vellamo.

Vuori-Kemilä, A., Stengård, E., Saarelainen, R. & Annala, T. 2007. Mielenterveys ja päihdetyö - yhteistyötä ja kumppanuutta. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Teemahaastattelurunko

1. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palvelut toteutuvat Etelä-Kymenlaakson mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa?

palveluihin pääsy

palvelujen saaminen

osallisuus

tiedon saanti

uusi terveydenhuoltolaki

2. Miten mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden palveluja tulisi kehittää Etelä-Kymenlaakson mielenterveys-, päihde- ja perusterveydenhuollossa?

palveluihin pääsy

palvelujen saaminen

osallisuus

tiedonsaanti

alueelliset hyvät käytännöt

yhteistyön kehittäminen

alueelliset haasteet ja tarpeet

Taulukko 1. Aikaisemmat tutkimukset

Liite 2

Tekijä, vuosi, paikka	Tutkimusongelmat, tavoitteet	Tutkimusmenetelmät, kohderyhmä, otos	Tutkimustulokset
Laitila Minna 2010 Väitöskirja, Itä-Suomen yliopisto	Asiakkaan osallisuus ja asiakaslähtöisyys mielenterveys- ja päihdetyön asiakkaiden ja työntekijöiden näkökulmasta. Tutkimuksen tavoitteena oli tuotetun tiedon perusteella kehittää mielenterveys- ja päihdetyötä tuemalla palvelun käyttäjien osallisuutta.	Mielenterveys- ja päihdepalveluiden asiakkaiden haastattelu (N 27), työntekijöiden haastattelu (N 11) ja kuvausmallien muodostaminen asiakkaiden osallisuudesta	Osallisuus toteutui: 1.osallisuutena omaan hoitoon/ kuntoutukseen 2.palveluiden kehittämiseen ja 3.järjestämiseen. Asiakaslähtöisyys toteutui organisaatioiden asiakaslähtöisenä toimintana, asiakaslähtöisenä yhteistyösuhteena ja ammattilaisen toimintana.
Hätönen Heli 2010 Väitöskirja, Turun yliopisto	Kehittämisaalueiden, joiden avulla voidaan lisätä potilaan itsehallintaa tukevan potilasopetuksen laatua psykiatriassa sairaaloissa, selvittäminen	Vuosien 2000-2007 aikana kerätty kyselyaineisto: 1. Tyytyväisyys potilasopetukseen (N 313). 2. Kokemukset potilasopetuksesta (N51). 3. Potilasopetuksen toteutuminen hoitohenkilökunnan näkökulmasta(N 55). 4. Menetelmien vaikutukset asenteissa lääkehoitoon, tietotasoon ja tärkeyteen (N311). 5. Potilaiden kokemukset kolmesta eri potilasopetusmenetelmästä (N16)	Tutkimustulosten mukaan potilaat olivat tyytymättömiä potilasopetuksen toteutumiseen ja he tarvitsivat tietoa sairaalahoidon aikana. Henkilöstön mukaan potilasopetuksen käytännön toteutumisessa oli puutteita. Strukturoidut menetelmät näyttivät hyödyttävän potilaita ja hoidon aikana kaikille potilaille mahdollistetut systemaattiset potilasopetuskäytännöt tukivat tiedonsaantia. Potilasopetuksen laadun kehittämiseksi tulee hyödyntää monipuolisia tiedonsaantia tukevia menetelmiä.
Kuosmanen Lauri 2009 Väitöskirja, Turun yliopisto	Tutkimuksessa tarkasteltiin henkilökohtaista vapautta psykiatriassa hoidossa osallisuuden näkökulmasta: 1.Potilastyytyväisyys ja siihen liittyvät tekijät. 2. Kokemukset vapauden rajoittamisesta hoidon aikana 3. mahdollisuudet kannella hoidosta 4. Potilasopetusmenetelmienvaikutukset potilaiden kokemaan vapauden rajoittamiseen	Vuosien 2000-2006 aikana kerätty kyselyaineisto psyk.hoitojärjestelmästä: 1.Potilastyytyväisyys (N 313). 2. Vapaudenrajoittamisen kokemukset (N51). 3. Kantelumahdollisuudet kirjallisuuskatsauksen ja rekisteriaineiston (N4645) avulla. 4. Potilasopetusmenetelmät (N 311).	Potilaat olivat melko tyytyväisiä hoitoonsa. Tahdonvastainen hoito ja rajoitukset sekä tiedonsaanti aiheuttivat tyytymättömyyttä.

Tekijä, vuosi, paikka	Tutkimusongelmat, tavoitteet	Tutkimusmenetelmät, kohderyhmä, otos	Tutkimustulokset
Hölttä Jaana 2006 Pro gradu tut- kielma	Mitkä seikat kaksoisdiagnoosipotilaat, heidän omaisensa ja kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa työskentelevät kokevat hoidon ja avun saannin esteiksi. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoa.	Fokusryhmähaastattelu potilaille, omaisille ja työntekijöille. Kaksi potilasryhmää (miehet N 2 ja naiset N 2), yksi omaisten ryhmä (N 2) sekä julkisen (N 5) ja kolmannen sektorin (N 5) työntekijöiden ryhmät.	Avun saannin ja hoidon esteet muodostuvat pääosin palveluiden riittämättömyydestä ja epätarkoituksenmukaisuudesta eli palvelujärjestelmän rakenteesta. Hoidon ja avun saantia hankaloittaa myös hoitotyöntekijöiden kielteiset asenteet.